

PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN AVOPALVELUT

– Opas avopalveluiden käyttäjille



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

kevät, 2020

Marjo Immonen

Pasi Tuomala

Anna Valovuori

Hoitotyön koulutus sairaanhoitaja
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijä	Marjo Immonen, Pasi Tuomala, Anna Valovuori Vuosi 2020
Työn nimi	Psykoosiin sairastuneen avopalvelut – Opas avopalveluiden käyttäjille
Työn ohjaajat	Hanna Naakka, Leena Packalèn

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Hämeenlinnan ja Riihimäen mielenterveyden avopalveluita haastattelemalla kokemusasiantuntijoita, sekä tuottaa selkeä opas palvelujen käyttämiseen. Tavoitteena oli haastatteluiden avulla selvittää, mikä tällä hetkellä avopalveluissa on hyvää ja mitä voisi vielä kehittää. Työn tilaajana toimi Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian poliklinikka.

Opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämishanke osana Kanta-Hämeen keskussairaalan strategia uudistusta. Kokemusasiantuntijoiden haastattelut suoritettiin teemahaastatteluina anonymisti. Opinnäytetyön tietoperustan ja haastatteluiden tulosten perusteella kokosimme oppaan mielenterveyden avopalveluiden käyttäjille. Rajasimme tietoisesti päihdepsykoosit pois työstämme. Tietoperustassa käsiteltiin psykoosia, psykoosipotilaan hoitotyötä sekä olemassa olevia mielenterveyden avopalveluja erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa sekä kolmannen sektorin tuottamia palveluja niin Hämeenlinnassa, Riihimäellä kuin valtakunnallisestikin.

Mielenterveyden avopalveluja tuottavat erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto sekä kolmannen sektorin yksityiset toimijat. Tästä syystä sopivia palveluja saattaa olla haastavaa löytää kaiken informaatiotulvan keskeltä. Tuottamamme opas sisältää palveluja jokaiselta toimijalta. Oppaan tarkoitus on selkeyttää palvelukokonaisuutta ja antaa konkreettista tietoa eri avopalvelujen mahdollisuuksista. Opas on tuotettu tilaajan sähköiseen palveluun, jossa se on helposti muokattavissa sekä tulostettavissa kuntoutukselle.

Avainsanat Psykoosisairaus, mielenterveys, kuntoutus, avopalvelut

Sivut 51 sivua, joista liitteitä 1 sivu

Degree programme in Nursing
Hämeenlinna University Center

Author	Marjo Immonen, Pasi Tuomala, Anna Valovuori Year 2020
Subject	Outpatient services for a patient with psychosis — A guide for outpatient service users
Supervisors	Hanna Naakka, Leena Packalèn

ABSTRACT

The purpose of Bachelor's thesis was gather information of mental health outpatient services in Hämeenlinna and Riihimäki. The method used were interview experts by experience and on the basis of the result produce simple guidebook for services. The aim was to examine what is good at the moment and what could improve about outpatient services. Commissioner of the Bachelor's thesis was the psychiatric outpatient clinic of Kanta-Häme Central Hospital.

The thesis was a research and development project as part of the strategy reform of Kanta-Häme Central Hospital. The interviews of expert by experience was complete anonymously as thematic interview. The thesis includes theoretical framework and based on that and the results of the interviews, we compiled a guide for users of outpatient mental health services. We deliberately outlined substance abuse psychoses from our work. The theory of this thesis includes psychosis, nursing of psychosis and existing outpatient mental health services in special health care, primary health care and services provided by the third sector in Hämeenlinna, Riihimäki and nationwide.

Outpatient mental health services are provided by special health care, primary health care and private actors in the third sector. For this reason, it can be challenging to find suitable services for yourself in the midst of an information flood. The produced guide includes services from every operator. The purpose of the guide is to clarify the service package and provide concrete information on the possibilities of different outpatient services. The guide was produced for the subscriber's electronic service, where it can be easily edited and printed for the rehabilitee.

Keywords Psychosis, mental health, rehabilitation, outpatient services

Pages 51 pages including appendices 1 page

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	PSYKOOSISAIRAUDET.....	2
2.1	Skitsofrenia.....	3
2.1.1	Skitsofrenian tavallisimmat oireet	3
2.1.2	Skitsofrenian muodot	4
2.2	Muut psykoosit.....	5
3	PSYKOOSIN HOITO	6
3.1	Hoidon integrointi, moniammatillisuus sekä potilaan osallistuminen	7
3.2	Psykoosipotilaan hoito akuutissa vaiheessa	7
3.3	Sairauden hallinta ja hyväksyminen.....	8
3.4	Sairauden mukana kulkeva häpeäleima	9
3.5	Psykoosipotilaan lääkehoito.....	10
4	PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN AVOHOITO JA KUNTOUTUSPALVELUT	11
4.1	Mielenterveyshoitotyö avoterveydenhuollossa ja hoidon tarpeen arviointi ...	11
4.2	Psykoosiin sairastuneen kuntoutuspalvelut	12
4.2.1	Psykoedukaatio.....	12
4.2.2	Perheinterventiot, psykoedukatiivinen perhetyö	13
4.2.3	Sosiaaliset ja arkielämäntaidot sekä kognitiivinen kuntoutus	14
4.2.4	Ammatillinen kuntoutus	14
4.2.5	Työryhmäpohjainen avohoito, päivätoiminta ja asumiskuntoutus	15
4.2.6	Elintapainterventio ja psykofysiset menetelmät.....	15
4.2.7	Psykoterapiat ja luovat terapiat	16
5	MIELENTERVEYSPUOLEN AVOPALVELUT HÄMEENLINNASSA JA RIIHIMÄELLÄ	17
5.1	Poliklinikka toiminta & ECT hoito.....	17
5.2	Mielenterveys- ja päihdeyksikkö, sekä henkisen hyvinvoinnin palvelut	17
5.3	Yhdistyksiä ja toimintaa	18
5.4	Kriisi- ja turvakotitoiminta sekä mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ..	20
5.5	Työllistymistä ja koulutusta edistävät palvelut	20
5.6	Omaisille suunnatut palvelut	21
5.7	Vertaistuki verkossa ja puhelimitse	22
5.8	Seurakuntien ja kristillisten yhdistysten tarjoamat palvelut	24
6	OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ, TARKOITUS JA TAVOITTEET	24
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	25
7.1	Opinnäytetyön tiedonhaku	25
7.2	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	25
7.3	Aineiston keruu menetelmä.....	27
7.4	Teemoittelu aineiston analyysin menetelmänä.....	29

8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	30
8.1	Haastatteluiden tulokset.....	30
8.1.1	Hoidon piiriin pääseminen ja tyytyväisyys avopalveluihin.....	30
8.1.2	Hoitosuhde ja vuorovaikutus.....	32
8.1.3	Vertaistuki, omaisyhteistyö sekä kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen.....	33
8.1.4	Kotikäynnit.....	35
8.1.5	Tekniikka osana hoitoa	35
8.2	Yhteenveto tutkimustuloksista ja johtopäätökset	36
8.3	Opinnäytetyön toiminnallinen tuotos.....	38
8.3.1	Oppaan tuottaminen	38
8.3.2	Laadukkaan oppaan laatiminen	39
9	POHDINTA.....	40
9.1	Työn eettisyys ja luotettavuus	40
9.2	Pohdintaa työstä	41
	LÄHTEET	44

Liitteet

Liite 1 Haastattelukysymykset

1 JOHDANTO

Kanta-Hämeen psykiatrisen erikoissairaanhoidon avopalveluiden piirissä oli 320 henkilöä 10 000 asukasta kohden vuonna 2018 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a, ss. 4, 8). Psykiatristen sairaaloiden paikat ovat huomattavasti vähentyneet ja niiden määrä on edelleen laskussa. Parhaimmillaan potilaspaikkoja on ollut 20 000 ja nyt niistä jäljellä on enää 3500. Avohoidon rooli on yhä merkittävämpänä osana monen mielenterveyskuntoutujan elämää. Avohoidon on myös todettu olevan sekä sairastuneiden että heidän läheisten hoidon kuormittavuutta vähentävä ratkaisu ja samalla se on sairaalahoitoa edullisempaa. (Uttula, 2006 ss. 17-21)

Yksikään organisaatiotaho ei pysty tarjoamaan potilaan tarvitsemia palveluita yksin, vaan sektorirajat ylittävää yhteistyötä tarvitaan (Uttula, 2006, s. 73). Somaattisen ja psykiatrisen sairaanhoidon kuilun kuominen, vertaistuen nostaminen esille, peruspalveluiden vahvistaminen sekä asiakkaan lähipiirin kokonaisvaltainen huomiointi ja hoitoon mukaan ottaminen ovat askel kohti parempia palveluita (Marttunen, Kärkkäinen & Suvisaari, 2016, ss. 1–5).

Työmme idea lähti liikkeelle opinnäytetyötä tekevän työkontaktista Hämeenlinnan keskussairaalan psykiatrian puolella. Kartoitimme Kanta-Hämeen keskussairaalan mahdollisia tarpeita, joista psykiatrian puolella hyödyttäisiin. Työelämän kontaktinamme toimi Riihimäen psykiatrisen poliklinikan apulaisosastonhoitaja. Pidimme yhdessä palaverin, jossa pohdimme sitä, millainen työ palvelisi uudistuvaa strategian suunnitelmaa, jossa potilas on keskiössä. Palaveriin osallistui psykiatrian tulosalueen ylihoitaja, Hämeenlinnan psykiatrian poliklinikan osastonhoitaja sekä Riihimäen psykiatrian poliklinikan apulaisosastonhoitaja. Lopulta syntyi hiomaton idea avopalveluiden oppaasta psykoosipotilaalle. Työn tilaajana toimivat psykiatrian poliklinikat Riihimäellä ja Hämeenlinnassa.

Työ rajattiin koskettamaan vain psykoosisairautta sairastavia aikuisia. Työssä käsitellään avopalveluita niin yleisellä tasolla, kuin kerrotaan tarkemmin juuri Hämeenlinnan ja Riihimäen avopalveluista. Lisäksi valtakunnallisia palveluita on tuotu lyhyesti esille.

Halusimme tuoda opinnäytetyössämme kuuluviin myös oppaan kohderyhmää käsittelevien äänen. Keskussairaalan kautta saimme mahdollisuuden tavata ja haastatella kokemusasiantuntijoita, joilta saimme arvokasta tietoa koskien psykiatrian avopalveluiden sujuvuutta sekä epäkohtia. Haastattelumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu, joka tuntui luontevalta valinnalta. Kyseinen menetelmä toi haastattelutilanteisiin rentoutta ja spontaaniutta. Tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista menetelmää, jolloin pystyimme syventämään ymmärrystämme asiakkaan näkökulmasta mahdollisimman tarkasti.

Toiminnallisen työn osuudessa tarkoituksena oli kehittää mielenterveyspuolen avopalveluita luomalla opas psykoosia sairastaville. Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa Hämeenlinnan sekä Riihimäen seudun mielenterveyspuolen avohuollon palveluista. Jotta opas palvelisi avunhakijaa mahdollisimman hyvin, pyrimme tekemään siitä yksinkertaisen ja kompaktin.

Työtä tehdessä olemme hankkineet tietoa monipuolisista sekä luotettavista lähteistä. Olemme koonneet työhön kattavasti aiheeseen liittyvää teoriataustaa, samalla vahvistaen omaa osaamistamme. Työssä esittelemme yleisimmät psykoosisairaudet, niiden oireet, hoidon sekä moninaiset kuntoutusvaihtoehdot.

2 PSYKOOSISAIRAUDET

Psykoosisairauksille tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa erilaiset harhaluulot ja aistimukset, todellisuudentajun häiriintyminen sekä merkityselämykset. Oireiden, hoidettavuuden sekä ennusteen osalta psykoosisairaudet ovat mielenterveyden häiriöistä vaikein ryhmä. Usein juuri tästä syystä ne aiheuttavat muissa pelkoa sekä negatiivisia asenteita. (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen, 2011, s. 53)

Psykoosisairauden syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät. Sairauden syntyyn voivat vaikuttaa jo äidin raskauden aikaiset sekä synnytykseen liittyvät ongelmat. Perinnöllisillä tekijöillä, kasvuilmapiirillä ja sosiaalisella ympäristöllä on vaikutusta sairauden kehittymiseen. Myös päihteiden käyttö voi laukaista psykoosisairauden. Ihmismieliä ei voi vertailla, koska toiset sietävät kuormittavia tilanteita ja stressiä paremmin kuin toiset. Herkillä ihmisillä mieli järkkyy helpommin ja tämä voi altistaa sairastumiselle. (Mielenterveystalo, n.d.a)

Vuonna 2015 julkaistun Käypä hoito -suosituksen mukaan Suomen väestöstä noin 0,5–1,5 % sairastaa skitsofreniaa. Sairastumisen riski on elinikäinen ja noin joka sadas ihminen sairastuu siihen. Sairauden esiintyvyyyslukujen mukaan Suomessa on noin 50 000 skitsofreniaa sairastavaa ihmistä. (Käypä hoito -suositus, 2020)

Seuraavissa alaluvuissa käsittelemme skitsofreniaa sekä muita psykoottisia häiriöitä. Psykoosin syynä voi olla myös jokin ruumiillinen häiriö tai päihteiden käyttö, jotka olemme rajanneet opinnäytetyöstämme pois.

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on useimmiten nuorella aikuisiällä puhkeava vakava psykoosisairaus, jonka syntyyn vaikuttavat niin perinnölliset tekijät kuin elinympäristökin. Siihen liittyy jo sikiövaiheessa aivojen kehityksessä tapahtuva häiriö, johon eri ympäristötekijät kasvuiässä voivat vaikuttaa kielteisesti. Skitsofrenia oireilee ihmisillä yksilöllisesti, mutta sen pääasiallisiin oireisiin lukeutuvat aistiharhat, harhaluulot sekä hajanaisuus puheessa ja käyttäytymisessä. On tärkeää muistaa, että sairauden kulku ja oireilu ovat yksilöllisiä sekä vaihtelevia. Siihen vaikuttavat sairauden luonne, sen aiheuttamat kognitiiviset oireet sekä hoito. Hoitomotivaatio sekä läheisiltä saatu tuki ja ymmärrys ovat suuressa roolissa. Skitsofrenia on psykoosisairauksista yleisin, joten sitä on käsitelty laajemmin tässä opinnäytetyössä. (Henriksson ym., 2011 s. 70)

2.1.1 Skitsofrenian tavallisimmat oireet

Skitsofrenian oireet ovat yksilöllisiä sekä ajan saatossa muuttuvia. Oireista puhuttaessa niitä kutsutaan positiivisiksi tai negatiivisiksi oireiksi. Positiiviset oireet merkitsevät normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä, kuten aistiharhoja sekä harhaluuloja. Negatiiviset oireet kuvaavat normaalien psyykkisten toimintojen vaimentumista tai puuttumista kokonaan, esimerkiksi tunneilmaisun latistuminen. Isolla osalla skitsofreniaa sairastavista havaintaan myös masennuksen oireita. Ahdistuneisuus, toivottomuus sekä neuvottomuus ovat usein sairaudessa läsnä. Oireina voi ilmetä myös tarkkaavaisuus-, keskittymis- sekä muistihäiriöitä, joita kutsutaan kognitiivisten toimintojen häiriöiksi. (Henriksson ym., 2011, ss. 70–78)

Sairauden aiheuttamiin positiivisiin oireisiin kuuluvat aistiharhat eli hallusinaatiot. Harhat koetaan ilman ulkoista ärsykettä ja ne voivat olla niin näkö-, kuulo-, tunto-, haju- kuin makuaistin alueella esiintyviä. Harhat kertovat ihmisen todellisuudentajun häiriintymisestä. Edellä mainituista kuuloharhat ovat huomattavasti yleisimpiä skitsofreniaa sairastavilla. Monesti kuuloharhat ovat loukkaavia, syytteleviä ja jopa uhkaavia. Usein ne häiritsevät ihmisen ajattelua sekä voivat ohjata hänen tekemisiään. Harhat voivat muodostua suureksi vaaraksi etenkin silloin, kun niiden käskyjä aletaan noudattaa. Positiivisiin oireisiin lukeutuvat myös harhaluulot. Nämä ovat virheellisiä uskomuksia, jotka liittyvät ihmisen tulkintaan sekä kokemuksiin. Hän pitää tiukasti kiinni uskomuksistaan, vaikka ne pystyttäisiin todistettavasti osoittamaan vääriksi. Usein skitsofreniaan sairastunut ajattelee, että hänen oma tahtonsa on viety ja hänen ajatuksiaan ohjaillaan. (Henriksson ym., 2011, ss. 74–76)

Negatiivisista oireista yleisimpiä ovat tunnekyvyttömyys sekä tunneilmaisun latistuminen. Sairastuessaan ihminen ei kykene ilmeillään, eleellään tai äänellään ilmaisemaan kokemiaan tunnetiloja. Vaikka puheenaihe vaihtuisi iloisesta surulliseen, pysyy kasvoilla silti sama ilme. Myös puheen köyhtyminen lukeutuu negatiivisiin oireisiin, joka voi ilmetä vähäisenä tai

sisällöltään merkityksettömänä puheena. Tyypillisesti sairauden mukanaan tuomiin oireisiin lukeutuu lisäksi tahdottomuus. Tällöin sairastuneen on vaikea tarttua toimeen, saati viedä aloittamiaan asioita loppuun. Yksinkertaiset asiat sekä jokapäiväiset askareet tuntuvat ylitsepääsemättömiltä, eikä niihin löydy toimintatarmoa. (Henriksson ym., 2011, ss. 75–77)

Skitsofreniaan sairastuneen puheesta sekä kirjoituksesta voi käydä ilmi sairauden mukanaan tuomat ajatushäiriöt. Hankalimmillaan ajatushäiriöt voivat tehdä kanssakäymisestä vaikeaa, sillä toisten voi olla mutkikasta ymmärtää sairastuneen ajatuksia. Puhe voi olla hajanaista sekä epäjohdonmukaista. Toisaalta puhe voi olla myös hyvin yksityiskohtiin painottuvaa ja tarkkaa. Hajanainen käytös voi ilmetä erilaisena motorisena tai sosiaalisena toimintana, joka haittaa asioiden toteuttamista järjestelmällisesti ja suunnitellusti. Oireilu voi aiheuttaa muun muassa kiihtyneisyyttä sekä aggressiivista käytöstä. Ulkopuolisen silmin tämän tyyppinen käytös voi aiheuttaa ristiriitaisia ajatuksia ja tuntua sopimattomalta ja hämmäntävältä. (Henriksson ym., 2011, ss. 75–78)

2.1.2 Skitsofrenian muodot

Skitsofreniassa on useita erilaisia muotoja riippuen siitä, minkälaisia oireita sairastuneella pääasiassa esiintyy. Tavallisimmat muodot ovat paranoidinen-, hebefreeninen-, katatoninen- ja erilaistumaton skitsofrenia.

Paranoidinen skitsofrenia on yleisin skitsofrenian muoto. Tyypillisiä oireita ovat vainoamis- ja mustasukkaisuusharhaluulot sekä kohdistamis- ja kehon muuttumista koskevat harhat. Paranoidiseen muotoon liittyy negatiivisia oireita, mutta ne eivät hallitse kliinistä kuvaa. Oireet voivat olla jaksottaisia tai pysyviä. Pitkäaikaisissa tapauksissa avoimet psyykkiset oireet jatkuvat useiden vuosien ajan ja sairaudessa on vaikea erottaa erillisiä jaksoja. (Käypä hoito -suositus, 2020)

Hebefreenisessä skitsofreniassa sairastuneen henkilön tunne-elämän muutokset ovat huomattavia sekä harha-aistimukset ja harhaluulot häilyviä ja epäyhtenäisiä. Käytös voi olla odottamatonta ja vastuutonta, mutta myös kaavamainen käyttäytyminen on yleistä. Ihmisen tunnemaailma on tyhjä ja yleensä vähäisetkin tunneilmaisut ovat asiaankuulumattomia. Yleensä sairauteen liittyy naureskelua, itseensä tyytyväistä ja sisäänpäin kääntynyttä hymyilyä ja ylevää esiintymistä. Ajattelu ja puheet ovat yleensä hajanaisia ja sekavia. Tyypillisesti tämä skitsofrenian muoto alkaa 15–25 vuoden iässä. Tämän skitsofrenian muodon ennuste on usein huono nopeasti kiihtyvien negatiivisten oireiden vuoksi. (Käypähoito, 2020)

Katatonisessa skitsofreniassa tyypillisiä oireita ovat huomattavat psykomotoriset häiriöt. Oireet voivat vaihdella äärilaidasta toiseen, kuten liika-vilkkaudesta sulkutilaan tai kaiken vastustamisesta kaiken totteluun. Henkilö voi jäykästi ylläpitää tiettyä asentoa pitkiäkin aikoja. Katatoniset ilmiöt saattavat liittyä unenomaiseen tilaan, jossa harhamaailma on hyvin elävä.

Irrallisia ja ohimeneviä katatonisia oireita saattaa esiintyä kaikkien muidenkin skitsofrenian tyyppien yhteydessä. (Käypähoito, 2020)

Erilaistumaton skitsofrenia sisältää psykoottisia tiloja, jotka täyttävät skitsofrenian yleiset diagnostiset kriteerit, mutta eivät sovi mihinkään edellä kuvatuista alatyypeistä. Häiriössä saattaa esiintyä useamman kuin yhden alatyypin piirteitä minkään korostumatta. (Käypähoito, 2020)

2.2 Muut psykoosit

Skitsoaffektiivisestä häiriöstä puhutaan silloin, kun oirekuvassa on samanaikaisesti skitsofrenian ja mielialahäiriöiden piirteitä, mutta kummankaan kriteerit eivät yksinään täyty (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri, 2017, s. 255). Skitsoaffektiivinen häiriö voi olla pelkästään masennusoireinen, mutta myös kaksisuuntainen. Skitsoaffektiivisen häiriön ollessa kaksisuuntainen, kärsii sairastunut masennusoireiden lisäksi myös maanisista oireista. Sairauden kulussa on havaittu suuria eroja yksilöiden välillä. (Huttunen, 2018)

Harhaluuloisuushäiriössä oireena ovat yhtäjaksoisesti vähintään kuukauden kestäneet erilaiset harhaluulot. Se eroaa skitsofreniasta siten, ettei häiriöstä kärsivän käyttäytyminen tai toimintakyky ole suuremmin heikentynyt, eivätkä harhat ole sinänsä erikoisia eikä outoja. Harhaluuloisuushäiriössä on erilaisia alatyyppejä, esimerkiksi paranoidinen ja suuruusharhainen. Yleisimmin harhaluuloisuushäiriöt alkavat vasta keski-ikässä tai myöhemmin. Harhaluuloisuushäiriö voi olla äkillinen, mutta usein se on hiljalleen kehittyvä ja kestoaltaan pitkä. Mitä pidempään harhaluulot jatkuvat, sitä helpommin häiriöstä tulee krooninen. Sen aiheuttamista riskitekijöistä tiedetään melko vähän. Tyypillistä on, ettei harhaluuloinen hakeudu hoitoon ainakaan mielenterveytensä vuoksi, jonka vuoksi diagnosointi voi olla haastavaa. (Henriksson ym., 2011, s. 144)

Lyhytkestoisessa psykoosissa ihmisellä esiintyy psykoottisia oireita, kuten aistiharhoja, harhaluuloja tai hajanaista käytöstä. Lyhytkestoisen psykoosin diagnostisten edellytysten mukaan psykoosi on kestoaltaan vähintään yhden vuorokauden ja enintään kuukauden mittainen. Häiriön jälkeen ihmisen toimintakyky palautuu täysin entiselleen. (Henriksson ym., 2011, s. 145) Tyypillisesti lyhytkestoisen psykoosin aiheuttajana on jokin traumaattinen tapaturma tai voimakas stressi. Kuten aiemmin jo mainittiin, on lyhytkestoinen psykoosi ohimenevä, mutta sen sairastaneelle sekä hänen läheisilleen useimmiten raskas ja pelottava kokemus. (Huttunen, 2018)

Lapsivuodepsykoosilla tarkoitetaan synnytyksen jälkeistä psykoosia. Se ilmenee erilaisina psykoottisina oireina, jotka puhkeavat usein ensimmäisten viikkojen aikana synnytyksestä. Alkuoireita ovat väsymys, unettomuus sekä itkuisuus, joka lopulta muuttuu epäluuloiseen ja hajanaiseen käytökseen sekä äidin toimintakyvyn menetykseen. Joskus oireina esiintyy myös harhaluuloja sekä aistiharhoja. (Huttunen, 2018) Lapsivuodepsykoosin

etiologiaa ei täysin tiedetä, mutta on arveltu, että raskauden loppumiseen liittyvät voimakkaat hormonaaliset muutokset olisivat tärkeänä vaikuttajana psykoosin synnylle. Lisäksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on suuri riski sairastua lapsivuodepsykoosiin. Psykoosivaihe on kestoltaan yksilöllinen, usein muutamasta viikosta useaan kuukauteen kestävä. Mikäli nainen on jo aiemmin kärsinyt psykoottisista oireista, olisikin raskauden aikana tärkeää kertoa asiasta äitiysneuvolassa. Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen saatu tuki saattavat toimia ennalta-ehkäisevänä psykoosin puhkeamiselle. Suurin osa lapsivuodepsykoosin sairastaneista toipuu psykoosista hyvin ja pystyy toimimaan vauvan kanssa aivan normaalisti. (Huttunen, 2018)

3 PSYKOOSIN HOITO

Psykoosi on moniselitteinen käsite ja hoitolinjan määräytyminen on riippuvainen psykoosin syystä (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019b). Vaikka moni psykoosipotilaiden hoitoperiaate on yhtenevä, myös jokaiselle psykoosityypille on oma hoitosuosituksensa. Pääsääntöisesti skitsofreniapotilaiden kuntoutuksesta ja hoidosta vastaa erikoissairaanhoidon yksiköt, kuitenkin viime vuosikymmeninä avohoito on huomattavasti yleistynyt. (Henriksson ym., 2011, ss. 129, 134) Hoidon kulmakivenä voidaan pitää luottamuksellista, pitkäkestoista sekä ymmärtävää hoito-suhdetta. Skitsofrenian hoidon tavoitteita ovat psykoosin oireiden poistaminen tai niiden lievittäminen sekä uusien psykoosijaksojen estäminen. Tavoitteisiin lukeutuvat myös psykoosijaksojen vaikeusasteen ja niiden määrän vähentäminen sekä sairastuneen psykososiaalisen elämänlaadun ja toimintakyvyn kohentaminen. (Käypähoito, 2020)

Henriksson ym. (2011, ss. 102–103) mainitsevat lisäksi, että skitsofrenian hoidolla ja kuntoutuksella pyritään helpottamaan potilaan sopeutumista sairauteen. Hoidon viivästyminen vaikuttaa lisäävän sairauteen liittyviä ongelmia ja vähentävän mahdollisuuksia toipua, jonka takia asianmukainen hoito tulisi aloittaa viipymättä (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015). Hoitamattomana psykoosi voi kestää keskimäärin jopa 6–12 kuukautta. (Henriksson ym., 2011, s. 128)

Alusta alkaen tulisi suosia ja edistää verkosto- ja perhekeskeistä työtapaa (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015) Myös Henriksson ym. (2011, s. 102) painottavat potilaan ja hänen läheistensä yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Asianmukainen hoitokokonaisuus vähentää uusien sairaalajaksojen tarvetta merkittävästi.

3.1 Hoidon integrointi, moniammatillisuus sekä potilaan osallistuminen

Vaikka lääkehoito näytteleeekin keskeistä roolia, tarvitsee se aina rinnalleen erilaisia kuntouttavia toimenpiteitä (Henriksson ym., 2011, s. 107). Hoitoa tulisi toteuttaa integroidulla tavalla niin, että psykososiaaliset hoidot liitetäisiin psykoosilääkehoitoon (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015). Integroidun hoitotavan on todettu vähentävän merkittävästi uusia sairausjaksoja, akuutin psykoosin oireita sekä kokonaiskuolleisuutta (Huttunen, 2008, s. 71).

Hoidon tulisi perustua moniammatillisen työryhmän ja psykiatrin yhteistyössä laatimaan yksilölliseen, kirjalliseen hoitosuunnitelmaan (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015). Henriksson ym. (2011, s. 122) toteavat, että on tärkeää, että kuntoutussuunnitelma olisi suurelta osin potilaasta lähtöisin oleva. Alkuun kuntoutussuunnitelma tulisi skitsofreniapotilailla käydä läpi kolmen kuukauden välein, minkä jälkeen välejä voi tarpeen mukaan harventaa.

Psykiatrisia palveluita tarjoavat muun muassa terveyskeskukset, sairaanhoitopiirit, sosiaalitoimi sekä yksityiset kuntoutuskodit. Jotta hoidon jatkuvuus turvattaisiin, tulisi eri palvelun-tarjoajien tehdä joustavaa yhteistyötä keskenään. Myös omais- ja potilasjärjestöjen kanssa yhteistyön toteuttaminen on erittäin suositeltavaa. (Henriksson ym., 2011, s. 129)

Yhdysvalloissa Eteläisen Kalifornian yliopistossa on yli vuosikymmenen tutkittu, kuinka neurokognitio ja sosiaalinen kognitio ovat avain asemassa käsitellessä kuntoutumista skitsofreniasta. Nämä kaksi tekijää voivat toimia sairauden ennustajina, välittäjinä tai toiminnan määrittelijöinä erilaisissa olosuhteissa. Skitsofreniasta kuntoutumiselle ei vielä ole yksiselitteistä tekijää tai kultaista ohjetta. Näyttäisikin, että toipumiselle on kaksi kokonaista pääteemaa; toiminnallinen ja subjektiivinen. Nämä kaksi erillistä määritelmää heijastavat erillisiä ideologioita ja lähestymistapoja puhuttaessa skitsofreniasta toipumisesta. Näyttääkin siltä, että kun puhutaan skitsofreniasta kuntoutumisesta, tulee eri sidosryhmien kesken näkökulmien ero. Lääkärit ja tutkijat keskittyvät enemmän kuntoutumisen funktionaaliseen puoleen, kun taas sairastuneet ja heidän läheisensä keskittyvät taas subjektiiviseen kuntoutumiseen. (Brekke & Nagami, 2010, ss. 23–33)

3.2 Psykoosipotilaan hoito akuutissa vaiheessa

Akuuttia psykoosia edeltää viikkojen, kuukausien tai joissakin tapauksissa jopa vuosien jakso esioireita. Voimakkaiden ja pitkittyneiden esioireiden takia olisi syytä hakeutua hoidon piiriin ja pohtia hoitovaihtoehtoja, vaikka aiempia akuutteja psykooseja ei olisikaan vielä esiintynyt. Reagoimalla ajoissa esioireisiin saatetaan välttää tai lievittää mahdollista ensipsykoosia ja toistuvia akuutteja psykooseja. (Huttunen, 2008, s. 76) Ensipsykoosin

hoito skitsofreniapotilaalla pyritään usein toteuttamaan avohoidossa. Toisinaan sairaalahoito saattaa olla välttämätöntä. (Henriksson ym., 2011, s. 105)

Skitsofrenian akuuttivaiheessa hoidon painopisteinä ovat psykoottisten oireiden nopea lievittäminen sekä potilaan toiminnallinen toipuminen. (Henriksson ym., 2011, s. 105) Psykoosin mukanaan tuomat positiiviset oireet, kuten harhaluulot sekä merkityselämykset ovat usein akuuttivaiheessa ongelmallisempia, joten hoidon alussa keskitytään yleensä niihin. Myöhemmin kuntoutusvaiheessa huomio kiinnittyy negatiivisiin oireisiin kuten apaattisuuteen sekä passiivisuuteen. (Huttunen, 2008, s. 66)

3.3 Sairauden hallinta ja hyväksyminen

Mielenterveydenhäiriöön sairastuminen aiheuttaa usein sairastuneelle sekä hänen läheisilleen häpeän sekä syyllisyyden tunteita. On tärkeää muistaa, ettei sairastuminen ole kenenkään syy. Sairauden hyväksyminen edesauttaa toipumista sekä hoitoon sitoutumista. Sairauden kanssa oppii vähitellen elämään ja esimerkiksi huumori sekä positiivisuus ovat kullannarvoisia voimavaroja. Itselle tulee myös antaa aikaa ja olla armollinen. (Huttunen, 2008, ss. 51–52)

Sairaus on läsnä jokapäiväisessä elämässä. Esimerkiksi skitsofrenia voi vaikuttaa muun muassa lyhytmuistiin, stressin sietokykyyn sekä keskittymiskyvyn heikkenemiseen. Myös kyky tehdä nopeita päätöksiä saattaa heikentyä sairauden myötä. Sairauden tuomien muutosten hyväksyminen luo kuitenkin tulevaisuuden suunnitelmille realistisen pohjan. (Huttunen, 2008, ss. 51–52) Uuden identiteetin rakentaminen sairauden kriisivaiheessa menetetyn tilalle etenee vähitellen. Myöhemmin voi huomata, ettei sairaus enää määrittele ihmistä. Lopulta, kun elämä koetaan jälleen tyydyttäväksi, merkitykselliseksi ja tulevaisuus positiiviseksi, puhutaan psykologisesta toipumisesta. (Henriksson ym., 2011, s. 131)

Psykoosisairautta sairastaessa tulisi tarpeettomat äkilliset muutokset minimoida ja pyrkiä luomaan säännöllinen sisältö ja rytmi elämään. Äkillisiin stressitilanteisiin on hyvä varautua luomalla toimintasuunnitelma. Skitsofreniaa sairastavan sairaudenhallinnan periaatteisiin kuuluu varoitusmerkkien tunnistaminen varhain sekä niiden hallinta. Tällaisia varoitusmerkkejä voivat olla muun muassa muutokset käyttäytymisessä sekä mielialassa sekä unihäiriöt. Hyvän sairaudenhallinnan osana on myös päihteettömyys. (Huttunen, 2008, s. 52)

Yalessa 2015 suoritetussa tutkimuksessa selvitettiin, voiko motivoivalla haastattelulla saada parempia tuloksia skitsofreniasta kuntoutuvien potilaiden parissa. Tutkimukseen osallistui 64 skitsofreniasta kuntoutuva henkilöä. Tutkimuksessa havaittiin, että käyttämällä motivoivaa haastattelua osana kuntoutujan hoitotyönsuunnitelmaa, kuntoutujat olivat itse halukkaampia osallistumaan omaan hoitoprosessiinsa ja näin ollen heidän

motivaationsa kuntoutua skitsofreniasta parani. (Bell, Choi, Fiszdon & Kurtz, 2015, ss. 327–332) Motivoiva haastattelu tai keskustelu on vuorovaikutuksen ja ohjauksen potilaslähtöinen tekniikka, jota hoitaja voi hyödyntää yhteistyösuhteessaan kuntoutujan kanssa. Motivoivassa keskustelussa keskitytään potilaan tai kuntoutujan vahvuuksiin ja arvojen tunnistamiseen sekä kuinka näitä voisi hyödyntää osana kuntoutumisprosessia, sen sijaan että vuorovaikutus olisi hoitajalähtöistä, jossa keskitytään kuntoutujan ongelmiin sekä siihen, kuinka tämän tulisi muuttua. (Hämäläinen ym., 2017, ss. 182–183)

3.4 Sairauden mukana kulkeva häpeäleima

Mielenterveyshäiriöitä pidetään edelleen harvinaisempina kuin ne todellisuudessa ovat. Psykoosiin sairastuneet joutuvat kokemaan leimaantumista sekä kohtaamaan ihmisten ennakkoluuloja enemmän verrattuna muihin mielenterveydenhäiriöihin. Kielteiset asenteet ja joskus jopa syrjintä saavat ihmisessä aikaan häpeäntunteita sekä itsearvostuksen vähenemistä. Tämä puolestaan vaikuttaa toimintakykyyn huonontamalla sitä entisestään. On tyypillistä, että psykoosisairauksiin yhdistetään vääristyneitä uskomuksia niin sairaudesta kuin psykoosia sairastavasta ihmisestä. Tämä johtuu usein ihmisten tietämättömyydestä eli asianmukaisen tiedon puuttumisesta. (Mielenterveystalo, n.d.a)

Kun sairauteen oppii suhtautumaan myönteisesti, voi ajansaatossa huomata, ettei muiden mielipiteillä ole niin suurta painoarvoa, eikä toisten suhtautumisen ajattelemiseen kannata käyttää aikaa. (Mielenterveystalo, n.d.b) Sairauden ollessa hyvässä hoitotasapainossa ja psykoosioireiden esiintyessä harvemmin, myös stigman tunne vähenee. Normaaliin arkielämään pääseminen sekä mieleisten asioiden tekeminen vähentävät häpeäntunteita itsessä. Kontaktien etsiminen sekä mieleisessä harrastuksessa käyminen ovat positiivisia voimavaroja. Välillä sairastunutta täytyykin kannustaa ja houkutella tapaamaan muita ihmisiä. Niin kuin missä tahansa muussakin sairaudessa, on psyykesairauksissa läheisen tuen merkitys suuressa roolissa. (Mielenterveystalo, n.d.b)

Australian Queenslandin yliopistossa suoritetussa tutkimuksessa saatiin selville, että lasten pahoinpitely on laajalle levinnyt kansanterveysongelma, joka liittyy myöhemmän elämän mielenterveyshäiriöihin. Näiden häiriöiden torjumiseksi on tarpeen ymmärtää erilaisten, lapseen kohdistuvien väärinkäytösten mielenterveysvaikutuksia. Tutkimuksen mukaan lapsuusajan väkivallalla ja emotionaalisella laiminlyönnillä on selvä yhteys psykoosiin tai myöhemmän ajan psykoottisiin häiriöihin. Tutkimukseen osallistui 3572 lasta tai nuorta. On kuitenkin aiheellista huomata, että suurimmalle osalle väärinkäytösten kohteista joutuneille lapsille ei kehittynyt psykoottisia häiriöitä, mutta väärinkäytöksistä kärsivä lapsi on alttiimpi sairastumaan myöhemmin psykoottiseen häiriöön hetkellisesti tai pitkäaikaisesti. (Abajobir, Clavarino, Kisely & Najman, 2017, ss. 1045–1053)

3.5 Psykoosipotilaan lääkehoito

Psykoosin hoidon yhtenä kulmakivenä on lääkehoito. Lääkehoidon tavoitteena on lievittää sairauden aiheuttamia oireita sekä estää uusien psykoosien syntyminen. Lääkehoidolla pyritään mahdollistamaan mahdollisimman normaali elämä sekä se pyritään toteuttamaan niin, että mahdolliset haittavaikutukset minimoidaan. Usein lääkehoito mahdollistaa myös muiden hoitomuotojen toteuttamisen. (Mielenterveystalo, n.d.c)

Psykoosin hoidossa käytetään psykoosilääkkeitä, joita ovat perinteiset ja toisen polven psykoosilääkkeet. Lisäksi psykoosia sairastavan hoidossa voidaan käyttää myös ahdistus- ja mielialalääkkeitä oireiden mukaan. Perinteiset psykoosilääkkeet on jaettu pien- ja suurannoslääkkeisiin hoitannon ja haittavaikutusten muistamisen helpottamiseksi. Tyypillisimpiä pienannoslääkkeitä ovat haloperidoli, perfenatsiini ja tsuklopentiksoli ja suurannoslääkkeitä ovat klooripromatsiini ja levomepromatsiini. Toisen polven psykoosilääkkeitä ovat esimerkiksi ketiapiini, klotsapiini sekä olantsapiini. (Huttunen, 2017)

Psykoosia sairastavien sairaudentunnottomuus sekä lääkkeiden käyttöön liittyvät haittavaikutukset johtavat usein lääkehoidon laiminlyömiseen. Injektionmuotoisilla psykoosilääkkeillä voidaan ehkäistä annostelussa tapahtuvia taukoja sekä vähentää psykoosin uusiutumisvaaraa ja sairaalahoidon tarvetta. (Koponen, 2016) Injektionmuotoista lääkettä on saatavilla olantsapiinista, aripipratsolista ja risperidonista (Huttunen, 2017). Joihinkin psykenolääkkeisiin liittyy aineenvaihdunnallisia riskejä, joita pyritään ehkäisemään ja seuraamaan laboratoriotutkimuksilla. Avohoidossa laboratoriotutkimuksissa käydään tietyin aikavälein, joka riippuu lääkityksen kestosta. (Sorvaniemi, 2016)

Potilaan kanssa olisi tärkeää olla vuorovaikutuksessa lääkehoidon tehosta sekä haittavaikutuksista. Psykoosilääkkeet aiheuttavat jopa 70 %:lle potilaista haittavaikutuksia, joista potilaan on hyvä olla tietoinen jo etukäteen lääkehoidon jatkumisen kannalta. (Henriksson ym., 2011, s. 113) Tyypillisimpiä haittavaikutuksia ovat muun muassa painonnousu, väsymys, ummetus, seksuaalisten toimintojen häiriöt sekä huimaus. On tyypillistä, että sopivaa lääkettä sekä oikeaa annosta joudutaan etsimään. Tämä onkin äärimmäisen tärkeää onnistuneen hoidon toteutumisen kannalta. (Huttunen, 2017) Lääkehoidon muutokset tulisi tehdä maltillisesti ja asteittaiset vaikutukset ymmärtäen (Huttunen, 2008, s. 69). Hoidon tehoa arvioidaan seuraamalla remissiota. Remissiolla tarkoitetaan psykoottisten oireiden joko täydellistä tai melkein täydellistä häviämistä vähintään kuudeksi kuukaudeksi. (Huttunen, 2008, s. 67)

4 PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN AVOHOITO JA KUNTOUTUSPALVELUT

Akuuttivaiheen ohittuessa alkaa skitsofreniaa sairastavalla useampia kuukausia kestävä tasaantumisvaihe. Tasaantumisvaiheessa psykoosin uusiutumisen riski on usein korkea, psykososiaaliset stressitekijät pyritäänkin tänä aikana minimoimaan. Toipumisen kanssa ei pidä kiirehtiä, mutta kuntoutusta ei pidä myöskään tarpeettomasti viivästyttää. Hoidon tavoitteena on sairauden tilan vakiintuminen, sekä oireiden lievittäminen. Sairastuneelle sekä hänen läheisilleen annetaan kattavaa tietoa sairaudesta sekä sen hoidosta ja kuntoutuksesta. Kun tasaantumisvaihe on ohitse, alkaa vakaava vaihe. Vakaan vaiheen hoidon tavoitteena on potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn parantaminen, sekä oireiden poissa- tai mahdollisimman lievinä pitäminen. (Henriksson ym., 2011, ss. 105–106) Avohoittoa toteutetaan riippuen paikkakunnasta kuntoutuspoliklinikoilla, mielenterveystoimistoissa, alueellisissa psykiatrian poliklinikoilla, sekä muissa kuntoutuspaikoissa (Henriksson ym., 2011, s. 129).

Hoito- ja kuntoutusmuotoja, sekä lääkehoitoa tulisi arvioida vähintään vuosittain. Etenkin sairauden alkuvaiheessa, saattaa olla tarpeen arvioida hoitoa jopa neljästi vuodessa. Myös muutokset potilaan elämäntilanteesta ja voinnissa antavat syyn tarkistaa hoito- ja kuntoutussuunnitelma. (Henriksson ym., 2011, s. 106) Avohoidon onnistumiseen vaikuttavat lukuisat tekijät. Tällaisia ovat esimerkiksi sairastuneen toimintakyky, yhteistyö omaisten kanssa sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman säännöllinen arviointi. (Henriksson ym., 2011, s. 122) Hoitoon pääsy ei aina ole mutkatonta. Sairastuneen hoitoon pääsyyn sekä hoidon seurantaan vaikuttavat muun muassa huono oireiden tunnistaminen sekä toimintakyvyn heikkeneminen. (Henriksson ym., 2011, s. 84)

4.1 Mielenterveyshoitotyö avoterveydenhuollossa ja hoidon tarpeen arviointi

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön toimintakyvyn, persoonallisuuden kasvun ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä. Lisäksi se pitää sisällään mielisairauksien sekä muiden mielenterveydenhäiriöiden ennalta ehkäisyä, parantamista, sekä lievittämistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116, § 1)

Mielenterveystyö voidaan jaotella edistävään, ennaltaehkäisevään, hoitavaan ja kuntouttavaan tasoon (Hämäläinen ym., 2017, s. 66). Kuntien tulee järjestää asukkaidensa mielenterveyshäiriöiden varhainen tunnistus, ehkäisy, asianmukainen hoito sekä kuntoutus joko yksin tai kuntayhtyminä. Kunnat voivat myös ostaa palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta, muilta kunnilta tai järjestöiltä. Mielenterveyspalveluiden tulisi aina muodostaa toiminnallinen ja joustava kokonaisuus. Laki antaa suuntaa siitä, mitkä palvelut kuntien on järjestettävä, mutta palveluiden järjestämistapa ja laajuus antavat tulkinnanvaraa. Tämä on syynä kuntien tarjoamien palveluiden eroavaisuuksille. (Hämäläinen ym., 2017, s. 66) Skitsofreniaa sairastavien

oireiden arvioinnissa on suositeltavaa käyttää standardoituja arviointimittareita. Tällaisia mittareita löytyy niin oireiden, toimintakyvyn kuin elämänlaadunkin mittaamiseksi. Arviointimittarit mahdollistavat myös hoidon vaikutusten seurannan pidemmällä aikavälillä. (Tuominen, 2013) Osana hoidon tarpeen arviointia voi olla tarpeen toteuttaa myös toimintaterapeutin sekä neurologin arvio toimintakyvyn laskun vuoksi. Tilanteen mukaan myös muiden seikkojen kartoitus tulee ottaa huomioon, kuten sairastuneen mahdollinen päihdeongelma, masennus tai itsetuhoisuus. (Henriksson ym., 2011, ss. 106–107)

4.2 Psykoosiin sairastuneen kuntoutuspalvelut

Psykoosiin sairastuneen kuntoutukseen kuuluu päivittäisiin toimiin liittyviä askareita. Niitä ovat muun muassa rahankäyttötaitojen ja asumisen opettelu, ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen sekä ihmissuhdetaitojen harjoittelu. (mielenterveystalo, n.d.a) Kuntoutusta suunniteltaessa tulisi huomioida sairastuneen elämäntilanne kokonaisvaltaisesti. Kuntoutus- ja hoitomuotoja yhdistellään sairastuneen tarpeet huomioiden. (Henriksson ym., 2011, ss. 120–122)

Kuntoutusmuotoja on monia: haittoja minimoivaa, palauttavaa tai korjaavaa. Kuntoutuksen tavoitteena voi myös olla toimintakyvyn haittojen ehkäisy. Nykyään kuntoutus pyritään aloittamaan lääkehoidon rinnalle mahdollisimman varhain. Kuntoutusprosessi alkaa kuntoutusmotivaation heräämisellä ja sairauden tiedostamisella. Motivaation löytäminen kuntoutumiseen voi viedä jopa vuosia. Tässä tapauksessa olisi tärkeää säilyttää sairastuneeseen kontakti, jotta hän saa tarvitsemansa tuen, kun on siihen valmis. Kuntoutumisen kannalta tärkeää olisi, että sairastunut ottaisi vastuuta omasta hoidostaan. Sairastuneen kuntoutumista edistäisi lisäksi se, mikäli alan ammattilainen pysyisi samana. Skitsofreniaa sairastavien erilaisia psykososiaalisia kuntoutusmuotoja ovat muun muassa psykoedukaatio, perheinterventiot sekä sosiaalisten ja arkipäivän taitojen harjoittelu. (Henriksson ym., 2011, ss. 120–123)

4.2.1 Psykoedukaatio

Psykoedukaation eli potilasohjauksen avulla sairastunut voi opetella varomerkkien, kuten unihäiriöiden ja mielialan muutosten tunnistamista. Hän voi myös suunnitella tämän avulla sairauden hallintakeinoja. Sairastuneen ja hänen läheistensä on myös hyvä opetella elämää mahdollisten pysyväisoireiden, kuten kuuloharjojen sekä harhaluulojen kanssa. (Henriksson ym., 2011, s. 124) Psykoosisairauden hallintakeinoja voivat esimerkiksi olla lepo, läheisten tuki, rentoutuminen ja lääkehoito. (Kieseppä & Oksanen, 2013)

Psykoedukaatiota suositellaan jatkettavan 4–9 kuukautta, 1–2 kertaa viikossa (Henriksson ym., 2011, s. 121). Koulutuksellinen terapia yhdistettynä

ennakko-oireiden seurantaan ja muihin hoitomuotoihin vähentää tarvetta sairaalahoidolle ja sairauden uusiutumista (Käypä hoito, 2020). Kieseppä ja Oksanen (2013) toteavat psykoedukaation olevan yksi vaikuttavimmista psykososiaalisista hoitomuodoista psykoosien suhteen, etenkin perhetyöhön yhdistettynä. He toteavat sen lisäävän hoitomyönteisyyttä, sekä ehkäisevän uusia psykoosijaksoja. Psykoedukaation on todettu olevan etenkin ensipsykoosia sairastavalle perheineen erityisen merkityksellistä: tunteita jaetaan ja uskoa tulevaisuuteen luodaan, luottamussuhdetta rakentamalla rakennetaan myös vankkaa perustaa hoidolle. Psykoedukaatiolla pyritään auttamaan asiakasta perheineen ymmärtämään psykoottisten kokemusten syntymekanismeja. Psykoosiin liittyvää negatiivista leimaa pyritään lievittämään myös yrittäen saada asiakas ymmärtämään, että kyseessä on sairaus, jota pystyy hoitamaan. Kun asiakas ymmärtää sairauttaan ja osaa rinnastaa sen muihin sairauksiin, voi asiakkaan ja perheen kokema negatiivinen leima eli stigma lievittyä. (Kieseppä & Oksanen, 2013)

4.2.2 Perheinterventiot, psykoedukatiivinen perhetyö

Koulutuksellisten perheinterventioiden on todettu vähentävän sairaalahoidojen määrää, pienentävän riskiä psykoosirelapseille, sekä lisäävän psykoosia sairastavien henkilöiden lääkemyönteisyyttä (Käypä hoito, 2015). Henriksson ym. (2011, s. 125) toteavat myös tekstissään, että perheen hoitamisella on ollut vaikutusta skitsofrenian akuuttivaiheiden vähenemisen suhteen. Perheen tukeminen osana asiakkaan hoitoa onkin viime vuosien psykiatrisen sairaalahoidon purkamisen yhteydessä korostunut (Kieseppä & Oksanen, 2013).

Psykoedukatiivisen perhetyön tavoitteena on tunneilmapiiirin muuttaminen mahdollisesta kriittisestä, vihamielisestä tai ylihuolehtivasta suhtautumisesta suotuisammaksi (Kieseppä & Oksanen, 2013). Tämä niin sanottu korkea EE:n (expressed emotion) perhe lisää potilaan riskiä sairauden uusiutumiseen. Perheen tunneilmapiiiriin pyritään antamalla kriisiapua, tietoa sairaudesta, emotionaalista tukea, sekä ohjeistusta sairauden hallintaan. Perhettä autetaan myös kehittämään tarpeen mukaan kommunikaatiotaidoja, sekä tehostamaan selviytymis- ja ongelmanratkaisukeinoja. Lisäksi tavoitteena on asiakkaan hoitomyönteisyyden vahvistaminen. On todettu, että perheinterventio tarjoaa apua korkean EE:n perheiden lisäksi myös muille. Kestoksi suositellaan 6–9 kuukautta, sekä minimissään neljää tapaamiskertaa (Henriksson ym., 2011, s. 124)

Kieseppä & Oksanen (2013) kirjoituksessa viitataan Rummel-Klunge ja Kissling (2008) toteamukseen, että ei ole vielä tarpeeksi tutkimustuloksia siitä, mikä olisi vähäisin vaikuttava määrä psykoedukatiivista perhetyötä. Jakson tulisi kuitenkin olla pitkäkestoinen, mielellään yli kolme kuukautta. Henriksson ym. (2011, s. 124) tuovat esille, että etenkin haavoittuvuus-stressimalliin pohjautuvasta koulutuksellisesta perheterapiasta on saatu positiivisia tuloksia. Malli siis pohjautuu ajatukseen siitä,

että alttius psykoosin sairastamisen riskille vaihtelee eri ihmisten kohdalla. Sairastuessaan tämä alttius on ollut keskivertoa suurempi, elämäntapahetumista tai biologisista syistä johtuen. Normaaliin kehitykseen liittyvät stressaavat asiat, kuten muutto tai opiskeluiden aloitus ovat riskitekijöitä alttiille henkilölle sairastua psykoosiin. Tarkoitus on saada asiakas perheineen käsittämään psykoosin puhkeamista. (Kieseppä & Oksanen, 2013)

4.2.3 Sosiaaliset ja arkielämäntaidot sekä kognitiivinen kuntoutus

Sosiaalisten ja arkipäiväntaitojen opettelussa asiakas opettelee itsenäiseen elämään siirtymistä esimerkin, harjoitteiden, palkitsemisen ja palautteen avuin (Henriksson ym., 2011, s. 121). Vaikka arkielämän taitojen opetteluohjelmien merkityksellisyydestä ei ollakaan saatu tarpeeksi tietoa, voidaan niitä suositella tarpeen niin vaatiessa. Sosiaalisten taitojen suunnitelmallisen harjoittelun taas on todettu edistävän skitsofreniaa sairastavien henkilöiden sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisia taitoja. (Käypä hoito, 2020) Kuntoutujille, joiden perustaidoissa esiintyy haasteita, kuten henkilökohtaisen hygienian hoitaminen voidaan kokeilla onnistumisista palkitsemista (Henriksson ym., 2011, s. 121).

Skitsofreniaa sairastavalla henkilöllä esiintyy usein esimerkiksi huomiokyvyn, päättelykyvyn ja muistitoimintojen alueilla puutoksia (Henriksson ym., 2011, s. 126). Kognitiivisella kuntoutuksella pyritään edistämään asiakkaiden sosiaalista kognitiota, sanallista muistia, tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta. On todettu, että niin kutsuttu kognitiivinen adaptaatio, eli elinympäristön muokkaaminen asiakkaan puutosoireita vastaavaksi parantaa potilaan sosiaalista toimintakykyä avohoidossa. Kognitiiviset kuntoutusohjelmat ovat vielä kehitysvaiheessa, mutta lupaavia tuloksia on jo saatu. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015) Vaikuttaisi siltä, että yhdistämällä kognitiivinen harjoitusohjelma sosiaalisten taitojen ja kognitioiden harjaannuttamiseen saataisiin parhaimmat tulokset. Etenkin psykoosiin vasta sairastuneet nuoret vaikuttaisivat hyötyvän menetelmästä. (Henriksson ym., 2011, s. 126)

4.2.4 Ammatillinen kuntoutus

Kaikkien sairastuneiden kohdalla tulisi arvioida mahdollisuus ammatilliselle kuntoutukselle (Käypä hoito, 2020). Ammatillisessa kuntoutuksessa sosiaalityöntekijä/ohjaaja tekee yhteistyötä työvoimaviranomaisten, kuntoutustahojen tai työnantajan kanssa. Kuntoutuksen tarkoituksena on antaa tukea ja ohjausta työpaikalla, auttaa asiakasta hankkimaan työpaikka, sekä laatia hänelle työhön paluu suunnitelma. (Henriksson ym., 2011, s. 121)

Erilaisia ammatillisen kuntoutuksen muotoja on useita. Suomeenkin Yhdysvalloista rantautuneen klubitoiminnan tarkoituksena on auttaa jäseniä pääsemään siirtymävaiheen työyksikön kautta koulutuksen ja työelämän

pariin. Asiakkaiden on myös mahdollista työllistyä myös yksilöllisten tuettujen työllistymisohjelmien kautta. (Henriksson ym., 2011, s. 125) Tällöin kuntoutujaa tukee koulutettu työvalmentaja. Mallin on todettu edistävän skitsofreniaa sairastavien henkilöiden työllistymistä asteittaisen työtoiminnan harjoittelun mallia paremmin. Kun työllistyminen vapaille työmarkkinoille eivät ole kuntoutujan tavoitteena, voidaan osana kuntoutusohjelmaa toteuttaa vaikeusasteeltaan etenevää työtoimintaa. (Käypä hoito, 2020)

4.2.5 Työryhmäpohjainen avohoito, päivätoiminta ja asumiskuntoutus

Työpohjaisen tehostetun avohoidon (Assertive community treatment, ACT) tarkoituksena on jakaa hoitovastuuta, saavuttaa hyvä tavoitettavuus, mahdollistaa tiheät potilaskontaktit sekä liikkuva työmuoto. Etenkin paljon sairaalahoidoa tarvinneet asiakkaat ovat hyöttyneet mallista. Hoidon tavoitteena on sairaalahoidon vähentämisen lisäksi kannustaa asiakkaita hakeutumaan kolmannen sektorin ja kunnan palveluihin työryhmän tukemana. Työryhmältä asiakas lähipiireineen saa konsultaatioapua ja neuvoja. (Henriksson ym., 2011, ss. 121–125)

Vaikka asiasta ei olekaan tutkimusnäyttöä, vaikuttaisi kliinisen kokemuksen perusteella siltä, että päiväkeskukset ja psykoosia sairastaville suunnatut asumisyksiköt ovat hyödyllisiä ja oleellinen osatekijä avohoidon kokonaisuudessa (Käypä hoito, 2020). Pääosin kuntien sosiaalitoimi vastaa asumiskuntoutuksesta, mutta myös joidenkin sairaaloiden yhteydessä on asumiskuntoutuksen yksiköitä. Kuntien ostamat tai järjestämät palvelut vaihtelevat kuukausittaisista kotikäynneistä ympärivuorokautiseen tukeen. Yleensä kunnan järjestämissä palveluissa veloitetaan hoitokontaktia alueen erikoissairaanhoidon tai kunnalliseen mielenterveysyksikköön, yksityiset palveluntuottajat saattavat tarjota itse psykiatrian erikoislääkäripalveluita. Asianmukaisesti toteutettuna asumiskuntoutus ehkäisee toiminnan vajavuuksien syntyä ja parantaa potilaan psykososiaalista toimintakykyä. (Henriksson ym., 2011, s. 128)

4.2.6 Elintapainterventio ja psykofyysiset menetelmät

Elintapainterventioissa asiakas saa ravitsemuksesta tietoa, opettelee kontrolloimaan annoskokoa, sekä muuttamaan pikkuhiljaa ravitsemus- ja liikuntatottumuksia. Elintapainterventioon kuuluu myös ruokailutottumusten, liikunnan ja painon seuranta, sekä tavoitteiden asettaminen. Elintapainterventioita suositellaan ylipainoisille asiakkaille. (Henriksson ym., 2011, s. 121) Terveyskäyttäytymisen ohjannalla pystytään ilmeisesti vaikuttamaan skitsofreniaa sairastavien terveyskäyttäytymiseen ja vähentämään sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä (Käypä hoito, 2020). On viitteitä siitä, että ruumiinkuvan hahmotusta edistävät psykofyysiset terapiat lievittävät mahdollisesti skitsofrenian negatiivisia oireita ja ahdistusta. Negatiivisia oireita voidaan myös mahdollisesti lievittää liikunnalla muun

hoidon ohella. Liikunta saattaa myös tuoda asiakkaalle apua positiivisista oireista selviämiseen. Luotettavaa tutkimustietoa liikunnan vaikutuksista skitsofreniaa sairastavan henkilön hoidossa ei kuitenkaan olla saatu. (Käypä hoito, 2020)

4.2.7 Psykoterapiat ja luovat terapiat

Psykodynaamista psykoterapiaa, jossa tarkastellaan menneisyyden vaikutusta kuntoutujan nykyiseen kokemusmaailmaan, ei tulisi toteuttaa sairauden akuuttivaiheessa, jolloin intensiivinen terapia voi jopa pahentaa asiakkaan vointia (Henriksson ym., 2011, s. 127). Vaikuttaisi oikeastaan siltä, ettei psykodynaamisiin tulkintoihin ja oivallukseen perustuvasta psykoterapiasta olisi skitsofrenian hoidossa hyötyä, asiasta on tosin varsin vähäisesti näyttöä (Käypä hoito, 2020). Kognitiivis-behavioraalisella terapialla pyritään vaikuttamaan skitsofreniaa sairastavan henkilön ahdistaviin harhaluuloihin ja aistiharhoihin. Kognitiivis-behavioraalista terapiaa voidaan koittaa, kun neuroleptilääkityksestä ei koeta saavan asiakkaalle tarpeeksi apua. Kyseinen terapia soveltuu myös psykoottisten asiakkaiden akuuttiin hoitoon. (Henriksson ym., 2011, s. 127)

Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia voi myös lievittää sosiaalisia pelkoja, sosiaalista ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta skitsofreniapotilailla. Yksilöterapiassa kognitiivis-behavioraalinen terapia vaikuttaisi lievittävän skitsofreniaa sairastavien henkilöiden negatiivisia ja positiivisia oireita, relapseja estävästä vaikutuksesta ei olla saatu yhtenevää näyttöä. Tukea antavan terapian hyötyä ei olla todettu spesifien terapiamuotojen kuten kognitiivis-behavioraalinen terapia veroiseksi. Vertaisryhmien hyödyt ovat kuitenkin myös mahdollisia: sosiaalinen tuki, sosiaalisen verkoston kehittyminen, kuntoutujan itsetunnon ja itsevarmuuden kehittyminen, vuorovaikutustaitojen kehittyminen. (Käypä hoito, 2020) Psykoterapiasta vaikuttaisi olevan hyötyä myös skitsofreenistyyppisen häiriön hoidossa (Henriksson ym., 2011, s. 138).

Muun hoidon ohessa toteutettuna musiikkiterapian on todettu kohentavan mahdollisesti skitsofreniaa sairastavien sosiaalista toimintakykyä ja vähentävän heidän oireiluaan. Kuvataideterapialla saattaa myös olla asiakkaiden psyykkiseen vointiin myönteinen vaikutus, mutta kuten draamateerapian vaikutuksista, ei luotettavaa näyttöä asiasta vielä ole pystytty tarjoamaan. (Käypä hoito, 2020) Myös Henriksson ym. (2011, s. 127) toteavat, ettei luovien terapioiden vaikuttavuudesta skitsofrenian hoidossa ole juurikaan tutkimustietoa lukuun ottamatta musiikkiterapiaa.

5 MIELENTERVEYSPUOLEN AVOPALVELUT HÄMEENLINNASSA JA RIIHIMÄELLÄ

Kappaleessa käsitellään pääsääntöisesti Hämeenlinnan ja Riihimäen seudun mielenterveyspuolen avopalveluita sekä avataan palveluiden sisältöä ja niihin hakeutumiseen liittyviä seikkoja. Alaotsikossa vertaistuki verkossa ja puhelimitse käsitellään myös lyhyesti valtakunnallisia palveluita, kuten Mielenterveystaloa.

5.1 Poliklinikka toiminta & ECT hoito

Hämeenlinnan ja Riihimäen alueella toimii mielenterveyspalveluita tarjoava poliklinikka. Poliklinikalla käynti on maksutonta ja käyntiä varten vaaditaan lääkärin tekemä lähete. Jokaisen henkilön hoidon kiireellisyys arvioidaan yksilöllisesti. Hoitojakson pituus ja sisältö sekä hoitosuunnitelma räätälöidään yksilön tarpeen mukaan: mihin tarvitaan apua, missä on ongelmia? Poliklinikka toiminnassa mahdolliset tukihenkilöt otetaan potilaan niin halutessa mukaan tiiviiseen yhteistyöhön. Poliklinikkatoiminta siis pyrkii edistämään ja parantamaan niin asiakkaan, kuin hänen läheistensä voimavaroja, toimintakykyä ja elämänlaatua. Hoitomuotoina poliklinikat tarjoavat erilaisia terapioidia (ryhmä-, yksilö-, perheterapiat ja toiminnalliset terapiat), lääkehoitoa, kuntoutusta, sähköhoitoa, psykologisia tutkimuksia, sekä toimintakykyarvioita. (Kanta-Hämeen keskussairaala, n.d.)

Kanta-Hämeen keskussairaalassa toisessa kerroksessa F-siivessä sijaitseva ECT-hoidon poliklinikka tarjoaa lääkärin läheteellä sähköhoitoa. Toimenpiteessä potilas on kevyesti nukutettu ja lihakset on relaksoitu lääkkeellisesti. Potilaan aivokuorelle johdetaan sähköannos, jonka tarkoituksena on vaikuttaa aivojen sähkökemialliseen toimintaan. Sähköhoitoa käytetään muun muassa masennuspotilailla, joilla lääkehoidolle on vasta-aihe, esimerkiksi raskaus tai lääkehoito todetaan riittämättömäksi hoidoksi. ECT-hoidolla on saatu hyviä tuloksia osana manian, skitsofrenian ja katatonian hoitoa. Yleisimmin hoito toteutuu 8–12 hoidon sarjana niin, että hoitoa annetaan 2–3 kertaa viikoittain. Hoitosarjan jälkeen osa potilaista jatkaa ylläpitohoitoa harvennetuin käynnein. Tavallisesti toimenpiteestä toipuminen vie pari tuntia. Asiakas ei saa ajaa autolla 24 tuntiin. Hoito on potilaalle maksuton. (Kanta-Hämeen keskussairaala, n.d.)

5.2 Mielenterveys- ja päihdeyksikkö, sekä henkisen hyvinvoinnin palvelut

Hämeenlinnan kunta tuottaa henkisen hyvinvoinnin palveluja, joihin kuuluu psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto. Psykiatriset sairaanhoitajat tarjoavat Hämeenlinna terveysasemalla tukea ja keskusteluapua erilaisissa elämäntilannevaikeuksissa ja mielenterveyteen liittyvissä ongelmatilanteissa. Apua hakevan tilanteen perusteella hoidon tarve arvioidaan ja sen

perusteella suunnitellaan ja toteutetaan hoito. Oman terveysaseman psykiatriselle hoitajalle on mahdollista soittaa joka arkipäivä kello 11–12. Lisäksi akuutissa elämäntilannekriisissä soittaminen on mahdollista päivittäin. Henkisen hyvinvoinnin yksikössä ei ole mahdollista saada lääkäripalveluja. Mikäli lääkäripalveluja tarvitaan esimerkiksi reseptiasioissa tai sairausloman vuoksi, tulee olla yhteydessä oman terveysaseman lääkäriin. Psykologin vastaanotolle on mahdollista päästä ajanvarauksella psykiatrisen sairaanhoitajan tai omalääkärin ohjaamana. (Hämeenlinna, 2020a)

Kunta tuottaa myös palvelua, joka tarjoaa tehostettua avohoitoa opiskelija työikäisille masennusoireisille. Psykiatrinen päiväyksikkö Hyvä Mieli on kahdeksanpaikkainen yksikkö masennusoireista kärsiville. Hoitoon hakeudutaan lähetteen perusteella tai terveysaseman psykiatrisen sairaanhoitajan lähettämänä. Hoito alkaa tutustumiskäynnillä. Henkilökuntaan kuuluvat lääkäri, psykiatrisia sairaanhoitajia, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaaja ja osastonsihtööri. (Hämeenlinna, 2020a)

Psykiatrinen kuntoutuspoliklinikka on yksikkö, jossa annetaan hoitoa ja kuntoutusta hämeenlinnalaisille aikuisille. Hoitoon hakeudutaan lähetteen perusteella tai terveysaseman psykiatrisen sairaanhoitajan lähettämänä. Tavoitteena on tukea asiakasta selviytymään elämässä itsenäisesti tai erilaisten tukitoimien avulla. Kuntoutus tähtää toimintakyvyn ja voimavarojen lisäämiseen sekä psyykkisten oireiden hallintaan. (Hämeenlinna, 2020a)

Kunta tarjoaa myös psykiatrista päivätoimintaa, jossa on toiminnallisia ryhmiä, joiden tarkoituksena on lisätä sosiaalisuutta ja aktiivisuutta sekä tukea päivittäisessä elämässä tarvittavia taitoja. Tarvittaessa asiakkaalla on mahdollisuus kahdenkeskeiseen ohjaukseen, jossa tavoitteena on helpottaa toimintaan osallistumista tai päivätoiminnasta eteenpäin suuntautumista. Toimintaan osallistuminen on ilmaista. Päivätoimintaan ohjaututaan yhteistyötahon lähettämänä, etukäteistutustuminen kuuluu toimintaan hakeutumiseen. (Hämeenlinna, 2020a)

Mielenterveys- ja päihdeyksikkö MPY tarjoaa tukea ja apua mielenterveyteen ja päihdeidenkäyttöön liittyvissä huolenaiheissa Riihimäen, Lopen ja Hausjärven 18 vuotta täyttäneille asukkaille. Riihimäen toimipisteessä on aamuisin sairaanhoitajan vastaanotto, jossa voi käydä ilman ajanvarausta. Hoitajille on myös mahdollisuus soittaa takaisinsoitto palvelun avulla. Palveluihini kuuluu myös terveysneuvontapiste Vinkki, jossa on mahdollisuus saada apua terveydellisiin asioihin. (Riihimäen seudun terveystieteiden keskus, n.d.)

5.3 Yhdistyksiä ja toimintaa

Erilaista toimintaa tarjoavan Hämeen settlementin arvoja ovat yhteisöllisyys, kohtaaminen ja luottamus. Toiminta perustuu toimintamahdollisuuksien luomiseen, osallisuuden tukemiseen ja yhteiskuntaan vaikuttamiseen.

Työssä tulee myös vahvasti esille vapaaehtoistoiminta, monikulttuurillisuus ja kansalaistoiminnan kehittäminen. Toiminta jakautuu kuntoutumista ja työllistymistä edistävään toimintaan, kansalaistoimintaan ja kehittämishankkeisiin. Yhdistys tarjoaa kuntalaisille kohtaamispaikan, joka vahvistaa osallisuutta ja yhteisöllisyyttä. Toimipisteet tarjoavat esimerkiksi harjoittelupaikkoja opiskelijoille, työtoimintaa, vapaaehtoistyön toimintoja, sekä osatutkintojen suoritushetken. Yhdistys tarjoaa myös apua esimerkiksi asumiseen liittyviin asioihin, suomen kielen opintoihin (esimerkiksi Setle Chat Club), lomakkeiden ja sähköisten palveluiden täyttöön ja ulkomaalaisasioiden hoitoon. Yhdistys toimii tiiviisti yhteistyössä esimerkiksi oppilaitosten ja sosiaalitoimen kanssa. Yhdistyksen järjestää myös tukihenkilötoimintaa sekä senioritoimintaa. (Hämeen setlementti ry, 2020, ss. 5–16)

Hämeenlinnassa toimivan Walonkulman klubitalon tarkoituksena on tarjota mahdollisuus osatyökykyisille henkilöille osallistua työtoimintaan ja opiskeluun, sekä toteuttaa aktiivisempaa elämää. Toiminta koostuu erilaisista koulutus- ja työmahdollisuuksista sekä erilaisista vapaa-ajan toiminnoista. Klubitalo tarjoaa esimerkiksi mahdollisuuden siirtymätyöhön muun muassa atk-, keittiö-, myymälä- ja puutarhatyö. (Sopimusvuori ry, n.d.)

Riihimäen MT-yhdistys ry on yksi Mielenterveyden keskusliiton jäsenyhdistyksistä. Kahvitupa tarjoaa muun muassa yhteisöllisyyttä, mahdollisuuden lautapeleihin sekä kokemusasiantuntijan tapaamiseen. Jäsenten on mahdollista osallistua esimerkiksi vesijumppaan, retkiin ja tapahtumiin. Retkiin ja tapahtumiin osallistuakseen jäsen maksaa pienen omavastuuosuuden. Jäsenet saavat myös Revanssi-lehden neljästi vuodessa ja jäsentiedotteen kolmesti vuodessa. (Riihimäen MT-yhdistys ry, 2019)

Peltosaaren Olohuone on kaikkien Peltosaaren asukkaiden ja myös muiden riihimäkeläisten yhteinen olohuone. Peltosaaren olohuone on laaja-alainen toimintaympäristö ja kohtaamispaikka, jossa alueen asukkaat ja yhteisöt kokoontuvat sekä järjestävät toimintaa. Siellä on mahdollisuus päästä erinäisten palvelujen pariin kuten maahanmuuttajien neuvontapalveluun. Peltosaaren olohuoneessa kokoontuvat myös sosiaalikeskuksen kuntouttavat ryhmät. Kerhotoimintaa on tarjolla monen ikäisille ja sitä tarjoavat muun muassa 4h-yhdistys, Samuli Parosen seuran Proosarit-ryhmä sekä Tähtitieteellinen yhdistys. Olohuone ei toimi pelkästään toimintaosoitteessaan Linnunradankadulla vaan toiminta on levittäytynyt koko Peltosaareen. (Peltosaaren raketti, 2017)

Valtakunnallinen mielenterveysneuvonta tarjoaa apua, kun huoli omasta tai läheisen mielenterveydestä painaa. Neuvonnasta saa tietoa, mistä apua voi saada. Neuvonta myös tarjoaa keskustelua apua liittyen esimerkiksi arjen haasteisiin tai elämään sairauden kanssa. Apua on saatavilla myös sosiaaliturvan, etuuksien ja potilaan oikeuksien suhteen. Ammattilaisten rinnalla neuvonnassa toimii kokemusasiantuntijoita. (Mielenterveyden keskusliitto, n.d.)

5.4 Kriisi- ja turvakotitoiminta sekä mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut

Hämeenlinnan turvakoti sijaitsee Hattelmalantiellä. Toiminnan rahoittaa valtio. Turvakotiin voidaan hakeutua ympäri vuorokauden ilman lähetettä lähisuhdeväkivallan tai sen uhan vuoksi. Turvakodissa jokaisella perheellä tai aikuisella on oma huone. Turvakodissa autetaan pohtimaan, miten arki saadaan jatkumaan turvallisesti jatkossa. Lisäksi turvakodissa käydään läpi koettua väkivaltaa tai sen uhkaa ja jatkoaputoimia kriisijakson jälkeen. Apua tarjotaan myös kotiin jääneelle osapuolelle väkivaltatyön avopalveluista. Kanta-Hämeen perhetyö ry tarjoaa myös monia ennaltaehkäisevän työn palveluita, kuten vertaistukitoimintaa. (Kanta-Hämeen perhetyö ry, n.d.)

Tampereen mielenterveysseuran ylläpitämä kriisikeskus Osviitta tarjoaa isoihin ja pieniin kriiseihin maksutonta apua nopeasti. Kaikki keskustelut käydään luottamuksellisesti. Käyntikertoja on yhdestä viiteen ja tuki on lyhytaikaista, mutta kriisikeskus ohjaa tarvittaessa muiden palveluiden piiriin jatkohoitoon. 80 tukihenkilön lisäksi tukityössä toimii viisi kriisityön ammattihenkilöä. Osviitta tarjoaa myös erilaisia ryhmiä ja yleisöluentoja. (Tampereen mielenterveys seura, n.d.)

Hyvinkään ja Riihimäen alueen kriisikeskus Hymise tarjoaa maksutonta ja luottamuksellista apua. Akuuteissa tilanteissa yhteys tulisi ottaa omaan terveysasemaan, valtakunnalliseen tai Keski-uudenmaan sosiaali- ja kriisipäivystykseen. Yhteyttä kriisikeskus Hymiseen voi ottaa esimerkiksi vaikeissa elämäntilanteissa, työelämän paineita kohdatessa, läheisen menetyksen kohdalla, arkisten huolien ja jaksamisen suhteen tai sairauden kohdatessa. (Mieli, n.d.)

Yksityisten palveluntarjoajien lisäksi Hämeenlinnan seudulla asumispalveluita mielenterveyskuntoutujille tarjoaa Hämeenlinnan erityisasuntosäätiö. Elämisentaitojen kartoituslomakkeen lisäksi asumispalveluita varten täytetään erillinen lomake. Molemmat lomakkeet ovat löydettävissä Hämeenlinnan kaupungin verkkosivuilta. Asiakkaalle nimetään omahoitaja tukemaan kuntoutuspalveluita ja saatu tuki pohjautuu yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Erilaisia asumispalveluiden vaihtoehtoja ovat esimerkiksi tuettu asuminen, tukiasuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Asiakas maksaa aterioista sekä asunnosta sopimuksen mukaan. Maksut määräytyvät kuntoutuksen tuntien ja tulojen mukaan. Tukiasumisesta ei peritä asiakasmaksua, mutta asiakas hoitaa omat henkilökohtaiset menonsa kuten puhelimen käyttömenot. (Hämeenlinnan kaupunki, 2020b)

5.5 Työllistymistä ja koulutusta edistävät palvelut

Hämeenlinnassa toimii työvalmennussäätiö Luotsi. Työtoimintayksikköön asiakkaat ohjautuvat lähetteellä (Hämeenlinnan kaupunki, 2020a). Työval-

mennukseen voi hakeutua TE-toimiston tai työllistymistä edistävän monialaisen yhteispalvelun eli MYP:in kautta. Työllistyminen on mahdollista myös palkkatuen kautta, jos on jokin sairaus tai vamma, joka vaikuttaa työtehtävissä selviytymiseen. Palkkatukea voi saada myös tehtäviin, joihin ammatillinen osaaminen on riittämätöntä. Palkkatukea saadakseen täytyy olla ilmoittautunut työttömäksi työnhakijaksi TE-toimistoon. Palkkauksen yhteydessä työnantajan tulee jättää joko paperinen tai sähköinen (Oma asiointi -palvelussa) hakemus palkkatuesta, ennen kuin työsuhde alkaa. (TE-palvelut, 2020)

Palkkatukipaikkoja on saatavilla esimerkiksi lounasravintola Sampolaan, Kahvila Pikkukuppiin, Luotsin pukuvuokraamoon, löytötavaratoimistoon, kierrätyskeskukseen, rakennuskierrätykseen, Luotsin työtoimintaan Viisariin, sekä Luotsin toimintakeskukseen Lammille. Säätiön toiminnassa on yli 30 tuki- ja ohjaushenkilöä, sekä viisi eri yksikköä, joissa päivittäin työskentelee noin 250 henkilöä. (Luotsi-säätiö, n.d.a)

Luotsi-säätiö järjestää myös esimerkiksi työkokeiluja kuukaudesta kolmeen kuukauteen sekä kuntouttavaa työtoimintaa (Luotsi-säätiö, n.d.b). Kuntouttavan työtoiminnan ryhmiä vuonna 2020 ovat esimerkiksi Hyvän olon -ryhmä (kehon ja mielen hyvinvointia, arjen valintoja, liikuntaa), Hyvän elämän puu -ryhmä (Luova toiminta, valokuvaus) ja Voimaa luonnosta -ryhmä (luonnon antimet ruuanlaitossa, tietoa luonnosta, luonnossa kulkeminen ja retkeily). (Hämeenlinnan kaupunki, 2020c)

Ohjaamo-palvelu on tarkoitettu alle 30-vuotiaille henkilöille opiskelun, työllistymisen ja asumisen palveluiden tueksi. Ohjaamo auttaa myös esimerkiksi harrastusten, ihmissuhteiden, terveyden- ja hyvinvoinnin, sekä raha-asioiden kanssa. Palvelua annetaan ilman ajanvarausta tai ajanvarauksella maksuttomasti. Kun tuntuu, ettei tiedä kenen puoleen kääntyä missäkin asiassa, Ohjaamon ammattilaiset auttavat eteenpäin. Ohjaamo kehittää parhaillaan verkkopalveluita tarjoavaa sivustoa. (Ohjaamo, n.d.)

5.6 Omaisille suunnatut palvelut

FinFamin Kanta-Hämeen mielenterveysomaiset ry on suunnattu läheisensä päihteidenkäytöstä ja/tai psyykkisestä oireilusta huolissaan oleville omaisille. Omaisetsaavat yhdistyksen kautta apua ja tukea esimerkiksi omaisneuvonnan, teemailtojen, vertaisryhmien, luentojen ja kurssien kautta. Yhdistyksen arvoja ovat luottamus, kunnioitus, uskallus, lämpö, vaikuttavuus ja kansalaisjärjestölähtöisyys. Yhdistys on myös poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton. Toimintaan voi osallistua maksutta, mutta itse jäsenyys maksaa yksittäiseltä ihmiseltä 12 euroa. Mielenterveysomaisille suunnattuun Labyrintti-lehteen pääsee tutustumaan FinFamin verkkosivujen kautta. Uusimman numeron voi lukea siellä maksutta. Yhdistyksellä on toimitilat Hämeenlinnan lisäksi myös Forssassa ja Riihimäellä. (FinFami mielenterveysomaiset Kanta-Häme, n.d.)

Hämeenlinnan seudun omaishoitajat ry tarjoaa tukea omaishoitajille, sekä heidän läheisilleen. Yhdistys tarjoaa apua edunvalvontaan, ohjausta, neuvontaa, keskustelua, kuuntelua, vertaistukitoimintaa, kuntoutusta, virkistystoimintaa, sekä mahdollisuuden vapaaehtoistyöhön. Toiminta alueet ovat Hattula, Janakkala ja Hämeenlinna. Henkilöjäseneltä jäsenmaksu on 25 euroa vuodessa. (Hämeenlinnan seudun omaishoitajat ry, n.d.)

5.7 Vertaistuki verkossa ja puhelimitse

Vertaistuen on todettu olevan yksi ryhmähoitojen merkittävästä tehokkeista (Käypä hoito, 2020). Kokemusasiantuntijuus on koettu merkityksellisenä tekijänä skitsofreniapotilaiden kuntoutuksessa. Kokemusasiantuntijat voivat toimia vertaistukiryhmien yhteydessä ja ryhmänvetäjien tukena kuntoutusyksiköissä. He voivat olla myös apuna suunnittelemassa potilaiden hoitoa ja kuntoutusta. Kokemusasiantuntijat auttavat vähentämään sairauden tuomaa negatiivista leimaa, eli stigmaa ja antavat roolimallin kuntoutujille. (Henriksson ym., 2011, s. 127) Vertaistuki voi auttaa kuntoutujaa ymmärtämään menneisyyttä ja sitoutumaan paremmin nykyhetkeen. Lisäksi vertaistuki saattaa poistaa pelkoa ja lievittää ahdistuneisuutta. (mielenterveystalo, n.d.d)

Verkkopalvelut eivät voi korvata henkilökohtaista kontaktia, mutta voivat tarjota monesti apua esimerkiksi vertaistuen ja tiedon kautta. Verkosta onkin löydettävissä useita erilaisia mielenterveyttä tukevia nettisivuja. Yksi näistä verkkosivuista on Mieli, jonka ylläpitäjänä toimii Suomen Mielenterveys ry, maailman vanhin alan kansalaisjärjestö. Toimintaa järjestetään Veikkauksen tuottojen avulla. Järjestö tukee ja edistää kaikenikäisten ihmisten mielenterveyttä ja toimii myös 55 paikkakunnalla paikallisjärjestöjen kautta, myös Hämeenlinnassa. Mieli ry:llä on myös 31 valtakunnallista järjestöä, 22 kriisikeskusta, 140 työntekijää, erilaisia koulutuksia niin koko kansalle, kuin ammattilaisille ja kansainvälistä toimintaa. Mieli ry tarjoaa apua ja tukea kriisitilanteissa, aktiivista viestintää, yhteiskunnallista vaikuttamista, mielekästä vapaaehtoistoimintaa sekä mielenterveysosaamisen jakamista ja vahvistamista. Jäseneksi voi liittyä Mielenterveys seuran nettisivujen kautta 10 euron vuosimaksua vastaan. Mieli ry tarjoaa apua maksutta kriisivastaanottojen kautta ilman lähetettä, kriisipuhelimen välityksellä ja vertaistuen kautta. Verkkosivut tarjoavat erilaisia ohjelmia, harjoituksia, chat- ja online-keskusteluita, Oiva-harjoituksia, Sekaisin-chatin, Tukinet-palvelun sekä Toivo- ja Selma-ohjelmat. Osan ohjelmista saa ladattua puhelimeen. (Suomen mielenterveys ry, 2020 ss. 8–22)_Sekaisin Chat on suunnattu 10–29-vuotiaille ja toimii valtakunnallisesti. Chattiin voit osallistua luottamuksellisesti ja nimettömästi. Päivystäjinä toimivat koulutetut vapaaehtoiset sekä joukko ammattilaisia. (Kirkon keskusteluapua, n.d.)

Toinen hyödyllinen ammattilaisten ja potilaiden käyttöön tarkoitettu verkkopalvelu on Terveyskylä. Terveyskylä on erikoissairaanhoidon verkkopalvelu, jonka 32 virtuaalitalon joukosta löytyy myös Mielenterveystalo. Mie-

lenterveystalolta löytyy oma osio lapsille, nuorille ja aikuisille, sekä ammattihenkilöille. Sivut antavat ammattilaisten tuottamaa tietoa mielenterveydestä ja erilaisista mielenterveyspalveluista, sosiaalipalveluista, sekä hoitomuodoista. Sivuilla on myös saatavilla vertaistukea. Sivuilla löytyy myös oirenavigaattori, joka antaa suosituksen hoito-ohjeesta ja oireiden vakavuus asteesta. Muita sivun palveluita ovat esimerkiksi omahoito-oppaat ja työkalut itsearviointiin. (Mielenterveystalo, n.d.e)

Paikka- ja palveluhaulla löytyy esimerkiksi Hämeenlinnan seudulta ilman rajoituksia kymmeniä eri palveluvaihtoehtoja. Palveluita voi hakea myös tarkemmin esimerkiksi diagnoosin, palvelutyyppin tai vapaan tekstin mukaan. Palvelut on jaoteltu kategorioiden mukaan. Esimerkiksi terveys- ja hyvinvointiasemien palveluista löytyy kattavasti yhteystietoja, aukioloaikoja ja reittiohjeita paikalle. Otsikon alta löytyy psykiatristen sairaanhoitajien yhteystietoja, psykologin palveluita, sekä terveysasemien yhteystietoja. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluiden alta löytyy Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian osaston ja poliklinikan yhteystiedot, aukioloajat ja osoitteet. Lisäksi sivustolta löytyy tietoa lukemattomista muista palveluista, kuten järjestöistä, sosiaalipalveluista, seurakunnan palveluista, kuntoutuspalveluista, työllistymispalveluista, päihdepalveluista, maahanmuuttajien palveluista, akuuttipalveluista ja monesta muusta. (Mielenterveystalo, n.d.f)

MIESluuri-puhelut käydään anonyymisti. Puhelimeen vastaavat Miessakien vapaaehtoiset miehet. Soittamalla saat vertaistukea, tietoa Suomen miehille suunnatuista palveluista ja vinkkejä yhteisöjen ja harrastusten löytämiseen. Palveluun voi soittaa ja keskustella esimerkiksi kuulumisista, mikä asia ei ole liian suuri tai pieni jaettavaksi. Keskusteluja voidaan käydä muun muassa parisuhteesta, vanhemmuudesta tai terveydestä. Miessakit ry:n toimintamuodoista löytyvät esimerkiksi läheisiään kohtaan väkivaltaa käyttäneille apua tarjoava Lyömätön linja, apua väkivaltaa kokeneille miehille, isyyden tueksi -hanke, Erosta elossa -hanke sekä MASI-hanke. (Miessakit ry, n.d.)

Nuorten exit tarjoaa tukea ja tietoa 13–29-vuotiaille nuorille verkossa omista rajoista seksuaaliseen kaltoinkohteluun. Palveluun voit ottaa yhteyttä nimettömästi. Nuorten exit ei saa tietää yhteydenottajan ip-osoitetta, ainoastaan vakavissa rikoksissa ja huolissa ip-osoite voidaan selvittää poliisin toimesta. Sivusto tarjoaa myös aiheesta tietoa ja linkkejä muihin auttaviin tahoihin. (Nuorten exit, 2019)

Neuvonta- ja tietopalvelu Nuortelämä.fi on suunnattu 13–30-vuotiaille suomalaisille nuorille. Palvelusta löydät oman kotipaikkakuntasi palveluita sekä nuorisolaan ammattilaisten ylläpitämän chat-palvelun. Chat on pääasiallisesti suunnattu 13–25-vuotiaille. Palvelusta löytyy tietoa esimerkiksi ihmissuhteista, omaan talouteen liittyvistä asioista, päihteistä, mediasta, hyvinvoinnista, terveydestä, koulusta, opiskelusta ja kansalaisvelvoitteista. (Nuortelämä.fi, n.d.)

Nollalinja on maksuton soittopalvelu vuorokauden ympäri jokaisena päivänä. Apua tarjotaan seksuaalista, fyysistä tai henkistä väkivaltaa kokeneille tai sen uhkaa kokeneille naisille. Palveluun voivat soittaa myös väkivaltaa kokeneiden läheiset tai asiakastyöhönsä apua tarvitsevat ammattilaiset. Päivystäjinä toimivat ammattilaiset. Päivystäjä ei näe soittajan puhelinnumeroa, eikä puhelu jätä puhelinelaskuun jälkeä, soittaa voi anonyymisti. Keskusteluja tarjotaan suomen, ruotsin, ja englannin kielellä. Sivut tarjoavat myös mahdollisuuden pikapoistumiseen, jolloin Google aukeaa nopeasti nollalinjan sivujen tilalle. On kuitenkin muistettava poistaa sivuhistoria tai valita yksityinen istunto, jotta vierailusta ei jäisi merkintää. (Nollalinja, n.d.)

5.8 Seurakuntien ja kristillisten yhdistysten tarjoamat palvelut

Hämeenlinna-Vanajan Seurakunta tuo myös mielenterveyskuntoutujille ja heidän läheisilleen useita erilaisia palveluita, seurakuntayhteyksiä ja sielunhoitoa. Työn tavoite on vahvistaa kuntoutujan ja hänen läheistensä ihmisarvontuntoa ja voimavaroja. Diakonia tarjoaa esimerkiksi erilaisia ryhmiä, retkiä ja leirejä. Seurakunta toimii yhteistyössä monien eri tahojen kanssa. (Hämeenlinna-Vanajan seurakunta, n.d.) Riihimäellä järjestetään esimerkiksi porinaryhmä kahvituvalla kuukausittain (Riihimäen seurakunta, n.d.). Kirkon keskusteluavun kautta voi saada apua myös puhelimitse. Päivystäjät koostuvat vapaaehtoisista ja kirkon työntekijöistä ja päivystäjiä sitoo vaitiolovelvollisuus. Kirkon verkkosivuilta löytyy nuorille suunnattua keskusteluapua. Seurakunta tarjoaa myös monia muita palveluita, kuten esimerkiksi sururyhmiä, kriisityötä, perheneuvontaa ja päivystävän papin. (Kirkonkeskusteluapu, n.d.)

Hämeen Mokia ry on vuonna 1998 perustettu kristillinen yhdistys, joka pyrkii auttamaan ihmisiä toiminnallisin keinoin. Yhdistys tarjoaa mielekästä tekemistä auttaen ihmistä pohtimaan omaa arvomaailmaansa. Yhdistys pyrkii auttamaan esimerkiksi syrjäytymisvaarassa olevia ihmisiä. Yhteistyötä yhdistys tekee MYPin, TE-toimiston, A-klinikkasäätiön ja sosiaali-toimen kanssa. Yhdistys tarjoaa työtoiminnan lisäksi nuorille harrastus- ja kokoontumistiloja. (Hämeen Mokia ry, n.d.)

6 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tutkimuksellisen osan tarkoituksena on kuvata kokemusasiantuntijoiden käsityksiä mielenterveystyön avopalveluiden kehittämistarpeista. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa opas mielenterveystyön avopalveluita käyttävien tueksi. Opinnäytetyömme tutkimuskysy-

myksenä on, millaisia kokemuksia mielenterveystyön avopalveluita käyttävillä kokemusasiantuntijoilla on mielenterveyspuolen avopalveluista ja niiden kehittämistarpeista.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Kappaleessa avataan opinnäytetyön tiedonhaku, sekä tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmiä. Kappaleessa pohditaan menetelmän etuja ja haittoja, sekä avataan keskeisiä käsitteitä lukijalle.

7.1 Opinnäytetyön tiedonhaku

Etsimme opinnäytetyömme aihepiirissä olevia artikkeleita, tutkimuksia ja opinnäytetöitä vertaillaksemme omia tutkimustuloksiamme muiden tutkimustuloksiin sekä kartuttamaan teoreettista viitekehystä. Hakukoneina käytimme Google Scholaria, Finnaa, Cinalia, Theseusta, JBI:tä, Mediciä sekä Julkaria.

Hakusanoina käytettiin useita eri asiasanoja sekä suomeksi että englanniksi, esimerkiksi mielenterveys, psykoosi, skitsofrenia, avohoito, psychosis, schizophrenia, mental health, outpatient treatment of psychosis sekä outpatient treatment of schizophrenia. Lisäksi käytimme hyväksi Hämeen ammattikorkeakoulun sekä Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian kirjastoja ja niiden laajoja materiaaleja. Löysimme muutamia osittain samaa aiheita tutkineita tuloksia ja näitä käymme läpi myöhemmin pohdinnassa.

7.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytimme tutkimusmenetelmänä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii vastaamaan kysymyksiin: miten, miksi ja millainen? Kvalitatiivisen tutkimuksen pohjalla on kiinnostus tietyn ryhmän henkilökohtaisesta kokemuksesta ja pyrkimys todellisuuden ymmärtämisestä ja tulkitsemisesta. Tekniikka selittää ja kuvaa ilmiöitä tutkittavien henkilökohtaisten kokemusten kautta. Tutkimustekniikassa korostuvat vuorovaikutuksellisuus, reflektiivisyys, tulkinta, kohdesensitiivisyys ja reaktiivisuus. Tutkimus etenee aina tutkittavien ehdoilla ja kommunikaation tulee olla selkeää. (Vanhanen, ym., n.d. ss. 2–9) Myös Ronkainen ym. (2014, ss. 81–82) mainitsevat merkitysten keskeytyksen, kokemusten huomioon ja subjektiivisuuden tekstissään laadullisesta tutkimuksesta.

Analyysimenetelmä nostaa jalustalle ihmisen oman maailmansa havainnoijana, kokijana sekä toimijana. Merkitystä on myös ajalla, tilanteella ja paikalla. Rantala (2015 s. 109) määrittelee taas kvalitatiivisen aineiston tyy-

pillisesti tekstimuotoiseksi haastatteluaineistoksi. Usein aineisto on litte-roitu digitaalisen materiaalin pohjalta osittain tai kokonaan. Laadullista ai-neistoa voivat olla myös muu dokumenttiaineisto, kuten epikriisit tai sai-raskertomukset, siinä missä blogitekstit tai yleisönosastokirjoitukset sano-malehdissä. Ronkainen ym. (2014, ss. 79, 83) kuvailevat kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta asetellen vastakkain erilaisia luokitteluita: sub-jektiivinen–objektiivinen tai kova–pehmeä. He toteavat, että siinä missä kvantitatiivinen, eli määrällinen tutkimus pohjautuu tilastotieteeseen, analysoi kvalitatiivinen tutkimus merkityksiä ja näiden merkitysten suh-teita erilaisissa aineistoissa. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä saattaa aineisto havaintomatriisin muotoon tai numeraalisesti havainnoi-tavaksi, kun taas kvalitatiivinen aineisto saatetaan tyypillisesti kielelliseen muotoon. He myös korostavat analyysimenetelmään liittyvää kokonaisval-taisuutta: ihmisen tarkastelua kokonaisuutena.

Hakala (2015, ss. 19–23) toteaa, että menetelmä tarjoaa usein mahdolli-suuden tarkastella aihetta syvällisesti. Toki kvalitatiivinen menetelmä kui-tenkin asettaa tutkijoille omat haasteensa, kuten kohdejoukon rajaami-nen, mutta kunnianhimon ja päättäväisyyden avulla menetelmä tarjoaa erinomaiset mahdollisuudet hyvinkin palkitseviin tuloksiin. Omassa tutki-muksessamme lopullinen kohdejoukko rajautui lähinnä haastateltavien osallistumisen perusteella. Toiveissa oli löytää Hämeenlinnan ja Riihimäen seudun mielenterveyspuolen kokemusasiantuntijoita, joilla olisi kehityseh-dotuksia avopalveluihin. Tutkimusmenetelmässä kuitenkin korostuu eh-dottomasti datan määrän sijaan se, mitä aineistosta saadaan irti ja millai-siin johtopäätöksiin menetelmä tutkijat johdattaa. Kvalitatiivinen tutki-musmenetelmä sopiikin tietyn ihmisryhmän (tutkimuksemme tapauksessa kokemusasiantuntijat) äänen esille tuomiseen: mitä juuri he tahtovat sa-noa? Miten voimme hyödyntää tätä sanomaa? Kvalitatiivinen metodi tar-joaa tutkijalleen myös mahdollisuuden syventyä aiheeseen ja selkiyttää ajatuksiaan aivan loppumetreille saakka poiketen kvantitatiivisesta tutki-musmenetelmästä, jossa tutkimusongelmat ja menetelmät on päätetty ennalta. Myös Ronkainen ym. (2014, s. 82) nostavat esille menetelmään liittyvän tulkinnallisuuden korostumisen. Vaikka tutkimusmenetelmässä käytetyn otoksen tuloksia ei voida suoraa yleistää, voi tutkija pohtia tutki-mustulosten soveltamista laajemmin (Hakala 2015, s. 22).

Tutkija on tutkimuksen edetessä avoin ja kertoo sekä tiedostaa esimerkiksi omat ennakkoluulot ja olettamukset tutkittavasta aiheesta. Omia ennak-koluuloja ja olettamuksia olemme purkaneet pohdinnassa. Tutkijan on kui-tenkin pystyttävä laittamaan subjektiiviset arvonsa syrjään. Tutkimuksessa huomioidaan ihmistä osana kulttuuria ja tarkastellaan tuloksia huomioiden intentionaalisuus, jolla viitataan ihmisen päämäärähakuiseen tarkoituksel-liseen toimintaan. Tekniikassa korostuukin tutkijan rooli: hän itse on kai-kista merkittävin analyysiväline. (Vanhanen ym., n.d., ss. 2–9)

Myös Hakala (2015, ss. 20–21) mainitsee kvalitatiivisen tekniikan ongel-maksi juuri sen, että tutkijoiden kirjoittaessa sydänverellä omaa elämää

koskettavista aiheista, saadaan monesti tutkimuksen sijaan aikaan pikeminkin julistus. Ongelma pystytään kuitenkin välttämään asian tiedostamisella. Toinen näkökulma asiaan on, että subjektiivisuus ikään kuin kuuluisi menetelmän pakettiin. Ronkanen ym. (2014, s. 131) kirjoittaa, että tutkijoiden tulee varoa, etteivät henkilökohtaiset mielipiteet jätä aineistoa ja tutkittavia ihmisiä jalkoihinsa. Niin kutsuttu ”member chek” eli jäsenvalidointi voi auttaa välttämään edellä mainitun kompastuskiven: tutkittaville annetaan mahdollisuus kommentoida tutkijoiden tulkintoja. Olemmekin järjestäneet haastatteluun osallistuville mahdollisuuden kommentoida valmista työtä.

7.3 Aineiston keruu menetelmä

Toteutimme haastattelut teemahaastatteluina. Teemahaastatteluilla tarkoitetaan vapaata haastattelua, jossa kuitenkin haastattelun teema-alueet eli aiheet on ennalta määritetty. Aiheet käydään kaikkien haastateltavien kanssa läpi, mutta aiheiden laajuus ja järjestys saattaa vaihdella kovastikin. Vaikka varsinaisia valmiita kysymyksiä ei ole, on usein haastattelijalla tukeaan jonkinlainen lista edistämään keskustelua. (Aaltola ym., 2015, s. 29)

Omat haastattelua johdattelevat kysymyksemme ovat työn lopussa liitteenä (Liite 1). Teemahaastattelu menetelmänä juontaa juurensa siihen, että halutaan tietää, mitä tutkittava ajattelee aiheesta (meidän tapauksessamme mielenterveyspuolen avopalveluista, niiden epäkohdista ja mahdollisista kehittämisehdotuksista). Menetelmää voidaan siis ajatella tutkittavan ehdoilla kulkevana tutkijan aloittamana keskusteluna. (Aaltola ym., 2015, s. 27). Menetelmä antoi meille tilaa aiheen syvälliseen tutkimiseen, mutta kuitenkin auttoi hieman aiheen rajaamisessa. Menetelmä vei paljon aikaa (liikkuminen, haastatteluiden toteutus ja sopiminen) ja haastattelumateriaalin purkaminen oli työlästä.

Haastattelupaikan tulee olla mahdollisen rauhallinen ja virikkeetön. Haastateltavan ei myöskään tule kokea oloaan epävarmaksi, jonka vuoksi turhan muodolliset haastattelutilanteet tulee sulkea pois. Ihmisen koti ympäristö tarjoaa oivat mahdollisuudet onnistuneeseen haastatteluun. Haastattelijan kotiin kutsuminen viestii myös luottamuksesta ja sitoutuneisuudesta tutkimukseen. (Aaltola ym., 2015, ss. 30–31)

Yhden haastateltavan koti valikoitui tapauksessamme haastattelupaikaksi niin sattuman, kuin aiheen arkaluontoisuuden takia: kahvilassa keskustelu olisi voinut rajata keskustelua liiaksi. Alkuperäinen suunnitelma haastatella kaikkia kokemusasiantuntijoita sairaalan tiloissa muuttui aikataulujen muutosten vuoksi. Aaltola ym. (2015, s. 39) toteavat, että juuri haastatteluiden sopiminen saattaa olla yksi vaikeimpia vaiheita. Haastatteluiden organisointi onnistui tapauksessamme kuitenkin loppujen lopuksi hyvin.

Teemojen valinta saattaa olla usein ”tuulesta temmattua” intuition avulla suunnistamista: ”Voisin kysyä tätä, ehkä sille on myöhemmin käyttöä”. Kyseinen menettelytapa voi kuitenkin muokata runkoa tutkijan ennakkokäsityksiin pohjautuen. On myös huomioitavaa, että jäntevän analyysin kokoaminen hajanaisen teoriaan kytkeytymättömän materiaalin kanssa asettaa omat haasteensa. Tutkijan kannattaakin teemoja kootessaan hyödyntää kirjallisuutta ja teoriaa. Kaikista olennaisinta teemoittamisessakin on pitää mielessä varsinainen tutkimusongelma. Tutkija voi teemoja miettiessään selkeyttää ajatuksiaan esimerkiksi teemarungon avulla: laajemmilla teemoilla, tarkennuksilla ja yksityiskohtaisilla tarkentavilla kysymyksillä. (Eskola & Vastamäki 2015, ss. 34–38)

Eskola & Vastamäki (2015, ss. 28–29) pohtivat, että haastateltavilla tuntuu olevan kolme mahdollista motivoivaa tekijää osallistua haastatteluihin: tuoda esille oma mielipide, halu kertoa omista kokemuksista ja aiempi positiivinen kokemus tutkimukseen osallistumisesta. Se, kuinka monta haastattelua olisi suotavaa toteuttaa, riippuu esimerkiksi analyysimenetelmästä, oppilaitoksen suosituksista, tutkimusaiheesta ja tutkimuksen laajuudesta. Eskola & Vastamäki (2015, s. 41).

Päädyimme opinnäytetyön laajuuden huomioon ottaen siihen, että neljä haastateltavaa riittää. Haastateltavia ei myöskään saatu osallistumaan neljää enempää. Haastattelupyyntö järjestettiin sairaalan puolesta. Eskola & Vastamäki. (2015, s. 41) toteavat, että kun haastattelut alkavat toistaa itseään, on luultavammin määrä jo riittävä. Ronkainen ym. (2014, s. 83) kirjoittaa, että laadullisten tutkimusten aineistot ovat yleisesti melko pieniä (tutkittavia on vähän) liittyen siihen, että merkityksiä tulisi ymmärtää ja tulkita osana kokonaisuutta. Jos aineistojen määrät olisivat suuria, olisi aineistojen analysointi ja tulkinta turhan vaikeasti hallittavaa. Ronkanen ym. (2014, s. 117) kirjoittavat Jorma Kalelan (2000) toteavan, että aineisto on määrällisesti riittävä, kun tutkimuskysymykseen pystytään vastaamaan. Samaisessa tekstissä kirjoitetaan Daniel Bertauxin (1981) taas yhtyvän Eskolan & Vastamäen (2015, s. 41) mielipiteeseen siitä, että kun aineisto alkaa toistaa itseään, on aika lopettaa. Toisaalta aineiston tulisi olla niin laaja, ettei se kuvastaisi vain yksittäisten ihmisten subjektiivisia kokemuksia. Tutkijoiden kannattaa antaa erilaisille näkökulmille tilaa. (Ronkanen ym., 2014, s. 117)

Haastattelut toteutettiin pääsääntöisesti Kanta-Hämeen keskussairaalan tiloissa yksilöhaastatteluina. Yksi haastattelu, poiketen alkuperäisestä suunnitelmasta, toteutettiin haastateltavan kotona. Haastatteluiden keskot olivat 39 minuuttia 42 sekuntia, 44 minuuttia 43 sekuntia, 23 minuuttia 12 sekuntia ja 46 minuuttia 31 sekuntia ja ne toteutettiin loppuvuodesta 2019. Välineistönä haastattelussa toimi matkapuhelin äänityslaitteena. Haastattelijoina toimi kaksi opinnäytetyön tekijää. Muistiinpanoja tutkimustilanteesta ei kirjattu, vaan äänitetyt haastattelut litteroitiin jälkikäteen digitaaliseen muotoon. Haastateltavien joukko koostui aikuisista Kanta-Hämeen seudun kokemusasiantuntijoista. Tutkittavat osallistuivat

tutkimukseen omasta halustaan. Tutkijoiden ja tutkittavien yhteyshenkilönä toimi Riihimäen psykiatrisen poliklinikan apulaisosastonhoitaja.

7.4 Teemoittelu aineiston analyysin menetelmänä

Laadullisen aineiston analyysillä tarkoitetaan käytännössä aineiston ”puhki” lukemista. Analysointiin kuuluu vertailu, luokittelu, tekstien pohdinta, tulkitseminen ja aineistoon limittyvä teorisointi. Aineistoa jäsennellään erilaisten koodien avulla. Koodaamisen ohella tekniikkaan liittyy olennaisesti muistiinpanojen, eli memojen kirjoittaminen. Koodaamista voidaan aloitella jo litteroinnin yhteydessä, esimerkiksi merkitsemällä sairauden oireet kursivilla, alleviivaamalla hoitoon liittyvät asiat ja niin edelleen. Usein koodauskertoja tarvitaan useampi: jokainen kerta nostaa tärkeimpiä asioita esille ja suodattaa vähemmän tärkeitä takaa-alalle. Koodausta voidaan pitää avaintekijänä teorian ja aineiston välillä. Mikäli mietitään koodausta käytännön esimerkin kautta, voidaan ajatella, että henkilökuvaa voitaisiin koodata käsilaukun sisällöllä, meikit järjestettäisiin yhteen pinoon, koulutavarat toiseen ja niin edelleen ja pinot nimettäisiin sekä memoja kerättäisiin. Lopuksi voitaisiin pohtia esimerkiksi sitä, mitä yhteistä näillä pinoilla on. Siinä missä koodit ovat avain aineiston ja teorian välillä, näyttelevät myös memot tärkeää osaa tutkimusprosessissa: memojen avulla voidaan kehittää koodeja ja teoriaa, sekä hyödyntää niitä osana keksimisen ja tietämisen prosessia. Ne ovat avain analyysin ytimeen ja siihen matkaan, jonka tutkija on saanut kokea kehitellessään analyysiä. (Rantala, 2015 ss. 110–114)

Myös Ronkanen ym. (2014, ss. 83, 118) kirjoittavat tutkimusaineiston käsittelyyn liittyen koodauksesta tavallisena menettely tapana, joka auttaa asettelemaan materiaalin haluttuun muotoon. Materiaalin monitulkinnallisuuden vuoksi laadullinen analyysi edellyttää aina rakentuakseen jonkinlaista tulkintaa: voidaan puhua tulkintojen ketjusta.

Litteroinnit toteutimme HAMKin ohjeistuksen mukaisesti. Litterointia emme toteuttaneet kovin tarkasti (esimerkiksi yksittäisten äännähdysten taltiointi), mutta suuremmat vuorovaikutukselliset reaktiot (esimerkiksi naurun) merkitsimme tekstiin. Ronkanen ym. (2014, s. 119) kirjoittaa, että usein edellä mainittu ”yksinkertainen” menettelytapa on hyväksytty tutkimuksen koostuessa lähinnä sisältöjen luokittelusta, teemoittelusta ja käytettyjen ilmausten kategorioinnista. Puheen retoristen ulottuvuuksien tunnistusta varten tarvitaan jo tarkempaa litterointia (puheen sävyt ja muut vuorovaikutuksen piirteet).

Kun haastattelut oli suoritettu ja litteroitu, analysoimme tutkimuksen sisältöä. Järjestimme sisällön osa-alueittain, jotta varsinaisten johtopäätösten syntyminen helpottuisi. Lopuksi kirjoitimme syntyneistä johtopäätöksistä pohdinnan, jossa kävimme vuoropuhelua syntyneen aineiston kanssa. Koska materiaali oli laaja, pyrimme tiivistämään ja yksinkertaistamaan

oleelliset asiat mahdollisimman hyvin. Litterointi materiaalia kertyi haastatteluista 34 sivua. Litteroinnissa käytimme Calibri (leipäteksti) -fonttia fonttikoolla 11, riviväli oli 1.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Aloitimme työn kokoontumalla palaveriin keväällä 2019. Palaverista lähtien olemme hiljalleen työstäneet tutkimuksellista ja toiminnallista osuutta yhtenäiseksi paketiksi. Tavoitteena oli selvittää kokemusasiantuntijoita haastatellen, miten avopalveluita voidaan kehittää. Saatujen vastausten pohjalta ajatuksena oli tehdä opas, joka palvelisi mielenterveyskuntoutujia avoterveydenhuollon palveluissa. Alkuperäinen idea oli spesifisesti luoda opas psykoosia sairastaville aikuispotilaille, mutta lopputulos palvelee myös muita avopalveluiden käyttäjiä.

Opinnäytetyön tutkimustuloksissa selvisi, että avohoidon palveluista ei ollut tarpeeksi tietoa. Verkosta saatavat palvelut olivat ainakin osittain jääneet epäselviksi tai tietoa oli hankalaa etsiä, mikäli kunto ei ollut vielä paras mahdollinen. Koemme tulosten analysoinnin jälkeen oppaan tuottamisen yhä merkittävämpänä tekijänä.

8.1 Haastatteluiden tulokset

Haastatteluiden päällimmäisenä tarkoituksena oli saada vastaus kysymyksen: kuinka psykiatrian avopalveluita voidaan kehittää. Haastateltavina toimivat kokemusasiantuntijat, jotka omaavat omakohtaisia kokemuksia psykiatrian avopalveluista. Juuri tämän vuoksi heidän kokemuksillaan sekä ajatuksilla on suurta painoarvoa. Uskomme, että ihminen, joka on itse käyttänyt palveluita, on paras kertomaan niiden sujuvuudesta sekä epäkohdista. Vaikka haastateltavien määrä olikin pieni, saimme aikaan rikkaita ja antoisia keskusteluja. Aineistoa läpi käydessä esiin nousi seitsemän eri teemaa, jotka olivat läsnä haastatteluissa ja joita käsittelemme laajemmin tässä kappaleessa. Haastatteluista saadut tulokset olemme muotoilleet omin sanoin. On tarpeen korostaa, että tulosten esittelyssä haastateltavia ei ole mitenkään eritelty, jotta heidän nimettömyytensä säilyy.

8.1.1 Hoidon piiriin pääseminen ja tyytyväisyys avopalveluihin

Tapaamisten alussa haastateltavat saivat vapaasti kertoa itsestään sekä hoitohistoriastaan. Jokaisella haastateltavalla on tai oli ollut kontakti psykiatrian palveluihin. Osa oli tullut palveluiden piiriin jo nuorena, osa vanhempana. Joillakin haastateltavista oli kokemusta osastohoidosta. Palveluiden käyttö vaihteli 2–3 viikon välisistä poliklinikkakäynneistä kerran vuodessa tapahtuviin jälkipoli-käynteihin. Oli mielenkiintoista huomata, että haastateltavilla oli omakohtaisia kokemuksia niin poliklinikkakäynneistä,

toimintaterapiasta, klubitalosta, kuntouttavasta työtoiminnasta, tehostetusta kotihoidosta kuin mielenterveysyhdistyksistä. Lisäksi jokainen haastateltavista oli suorittanut kokemusasiantuntijakoulutuksen. Tulevaisuus tuo mukanaan myös uusia asioita, lähetteitä oli tehty muun muassa DKT-terapiaan sekä musiikkiterapiaan.

Haastatteluissa ilmeni, että avun saannin sekä palveluiden piiriin pääsemisen toivottiin olevan helpompaa. Ensikontaktin saaminen tulisi tapahtua nopeammin, sillä ihmisen voidessa psyykkisesti huonosti tulisi avun olla nopeasti saatavilla. Oma terveys ja voimavarat eivät välttämättä riitä lähetteen käsittelyn odottamiseen. Eräs haastatelluista toi esiin ajatuksen siitä, että edes hoitajan yksittäinen tapaaminen voisi auttaa pitkältä tuntuvan odotusajan kanssa. Tällöin tulisi tunne siitä, että lähete on vastaanotettu, sinut on huomioitu ja asia menee eteenpäin.

“...Et tosiaan sieltä varhaisajalta se pitkäköltä tuntuva odotus, et vaikka kolme viikkoo on kolme viikkoo, ni sillen ku on niinku ongelmassa ja vaikeuksissa ni sillen se on hemmetin pitkä aika.”

“...sillon jouduin sitä psykiatrian polin tavallaan yhteyden aukeemista odottaa mun mielestä neljä tai viis viikkoo et se tuntu tosi pitkältä, että kun oli kuitenkin hätä päällä.”

Myös Uttulan (2006, s. 73) tutkimuksessa hoitajat korostivat hoitoon pääsyn joustavuutta. Sairaalahoitoon pääsyn pitkittyminen nähtiin myös uhkana avohoidon epäonnistumiselle. Parvelan, Turusen & Töyrymäen (2011) tutkimuksessa tutkittavat kokivat avohoitoon pääsyn nopeaksi.

Haastateltavistamme löytyi myös niitä, jotka kokivat saaneensa apua hyvinkin nopeasti. Eräs haastateltavista kertoi, kuinka hyvin hänen tarvitsemansa hoito viimeksi järjestyi. Hoidon toteutukseen osallistui moniammatillinen työryhmä ja samaan aikaan huomioitiin monta eri osa-aluetta. Haastateltava toivoi jatkossakin kokonaisuuden huomioon ottamista sekä enemmän moniammatillisen yhteistyön toteuttamista.

Kaikkineen avopalvelut koettiin erittäin tärkeinä ja kokemusasiantuntijat olivat niihin tyytyväisiä. Jotain kehitettävää löytyy aina. Palvelut koettiin merkittävinä oman voinnin ja kuntoutumisen edistämiseksi. Tätä tukee myös Isometsän ja Joffen (2018) tutkimus, jossa todettiin avohoitopalveluiden käyttämättä jättämisellä olevan negatiivisia vaikutuksia voinnin kannalta. Lisäksi haastatteluissa kävi ilmi, että omasta hoitokontaktista haluttiin pitää kiinni. Vaikka tulevaisuudessa voinnin salliessa käyntien määrä vähenisikin, haastateltava toivoi, että jokin kontakti kuitenkin säilyisi.

Esiin nousi myös toive siitä, kuinka hienoa olisi, jos palveluita tarvitsevalle esiteltäisiin erilaisia vaihtoehtoja avoimesti ja niihin olisi mahdollisuus tutustua. Haastateltava käytti nimitystä eräänlaisesta palvelutarjottimesta. Avopuolella on lukuisia eri hoitovaihtoehtoja, mutta niiden löytäminen voi

olla haastavaa. Olisi myös hyvä, jos resurssit antaisivat myöden niin, että omahoitaja voisi lähteä esittelemään ja yhdessä tutustumaan avopuolen palveluihin. Kynnys lähteä yksin vieraaseen ympäristöön voi olla niin suuri, ettei lopulta tule lähdettyä lainkaan.

Kerroimme tekevämme osana opinnäytetyötä oppaan, johon kokoamme avopalveluita Hämeenlinnan sekä Riihimäen seudulta. Haastateltava koki hyvänä sen, että palveluita tarvitseville on jotakin konkreettista annettavaa esimerkiksi osastolta kotiutuessa.

8.1.2 Hoitosuhde ja vuorovaikutus

Keskusteluissa korostui kohtaamisen merkitys. Yksi haastateltavista painotti onnistuneen ensikohtaamisen tärkeyttä ja sitä, kuinka siihen tulisi panna nostaa. Epäonnistunut kohtaaminen saattaa aiheuttaa sen, että seuraavalle vastaanottokäynnille ei tule lähdettyä.

Haastateltavista eräs totesi, että ei halua keskustella vieraan ihmisen kanssa, sillä se ei tunnu hyödylliseltä. Hoitosuhteen laadulla koettiin siis olevan suuri merkitys. Myös omahoitajan tärkeys ja kemioiden kohtaamisen tärkeys korostuivat. Ihanteellista olisi, mikäli hoitohenkilökunnassa ei tapahtuisi jatkuvasti muutoksia. Omahoitajan kanssa tapahtuvat tapaamiset koettiin turvallisina sekä tärkeinä terveyden edistämisen näkökulmasta.

Uttulan (2006, s. 59) mukaan hoitajien näkökulmasta hyvän vuorovaikutuksellisen yhteistyösuhteen tekijöinä nähtiin sairauden merkityksen ymmärrys, luottamuksellisuus sekä arjen jakaminen. Uttula (2006, s. 68) kirjoittaa Raatikaisen (2004) toteavan luottamuksellisen hoitosuhteen kannalta merkityksellisiksi asioiksi lupausten pitämisen, tosiasiallisen tiedon annon ja toiseen tutustumisen. Parvelan, Turusen & Töyrymäen (2011) tutkimuksessa haastateltava toteaa kenen tahansa hoitotyöntekijän kanssa käydyn keskustelun terapiaksi.

Tamminen-Jurvanen (2017) kertoo asiakastyytyväisyyskyselyn tuloksissa ilmenneen, että asiakkaan toiveet ja tarpeet tulisi muistaa kysyä. Kohtaamisissa nähtiin tärkeänä asiakkaan silmiin katsominen, tervehtiminen, kehonkielen huomioiminen ja ajan antaminen. Myös asiakkaan antamiin viesteihin toivottiin nopeaa reagoitua. Hoitotyöntekijän läsnäolon aitous ja tapaamiseen valmistautuminen nähtiin myös merkittävinä tekijöinä. Tapaamisen suhteen todettiin, että yhteenveto edellisestä käynnistä voisi olla tarpeen, koska asiakas ei välttämättä muista edellistä käyntiä. Aineistosta selvisi myös, että aina hoitotyöntekijän ja asiakkaan kemit eivät kohdata. Tässä tapauksessa voi olla hyvä vaihtaa työntekijää.

Niin Uttulan (2006, s. 59) kuin omissa tutkimustuloksissammekin ilmeni hoidon kokonaisvaltaisuuden merkitys. Hoitavalla taholla tulisi olla käsitys

sairauden merkityksestä henkilön ja hänen perheensä sekä yhteisönsä elämään. Koemme, että asiakkaan terveyden kokonaisvaltainen huomiointi vaatisi mielenterveyspalveluiden ja somaattisen puolen yhä tiiviimpää yhteistyötä. Esimerkiksi Henriksson ym. (2011, s. 84) kirjoittavat skitsofreniaa sairastavan henkilön ennen aikaisen kuoleman riskin olevan jopa 2,5-kertainen verrattuna vastaavaan muuhun väestöön. Koemme, että etenkin elintapojen merkitystä voitaisiin nostaa esille niin varsinaisten elintapainterventioiden muodossa kuin kevyemmänkin keskustelun muodossa. Eräs haastateltavamme totesi olevansa erittäin tyytyväinen saamaansa hoitoon: samanaikaisesti eri osa-alueita huomioitiin ja hoito järjestyi moniammatillisesti.

Sosiaalisen verkoston tukemista ja vahvistamista, potilaan läheisille annettua tukea ja sairaanhoidon sekä avohoidon yhteistyötä ajateltiin Uttulan (2006, s. 59) tutkimuksessa tärkeinä asioina potilaan verkoston ylläpidon ja rakentumisen kannalta. Sairaalan ja avohoidon välinen tiedonkulku nähtiin tosin riittämättömänä. Tutkimustuloksissamme hoitotyöntekijän vaihtuvuus koettiin uuvuttavana tekijänä:

"...aina vaan tälläisiä lyhyitä sijaisuuksia lääkäriillä ja hoitajalla, ni siinä kävi niin että välillä tuntuu että joka kerta saat alottaa selostamaan alusta kun oli vieras ihminen vastassa..."

Käypä hoito (2020) peräänkuuluttaakin hoitosuhteen pitkäkestoisuuden tärkeyttä. Potilaaseen sitoutumisen todettiin ilmenevän aitona mielenkiintona hänen kokonaisvaltaiseen tilanteeseensa (Uttula, 2006, s. 72). Onnistuneen yhteistyösuhteen tekijäksi todettiin myös Tamminen–Jurvanen (2017) tuloksissa henkilöstön pysyvyys.

Hoitosuunnitelman systemaattinen laatiminen asiakkaan kanssa yhteistyössä nähtiin Kanta-Hämeessä 2016 toteutetun asiakastyytyväisyyskyselyn näkökulmasta keskeiseksi kehittämistarpeeksi. Kyseistä toimintakulttuuria puoltaisi myös Käypä hoito (2020) jossa todetaan, että hoitosuunnitelma tulisi laatia vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen perheensä kanssa. (Tamminen-Jurvanen, 2017)

8.1.3 Vertaistuki, omaisyhteistyö sekä kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen

Vertaistuen saaminen koettiin äärimmäisen tärkeänä. Haastateltavat kokivat, että ihmiset, jotka ovat itse olleet samanlaisessa elämäntilanteessa pystyvät paremmin asettautumaan toisen asemaan. He voivat jakaa omia kokemuksiaan sekä antaa tukea toisilleen. Osa haastateltavista oli hakenut ja saanut vertaistukea. Haastateltavat mainitsivat muun muassa käyneensä erilaisissa mielenterveyskuntoutujille suunnatuissa paikoissa. Näissä ympäristöissä vallitsee yhteisöllisyys ja kaikki kohdataan tasa-arvoisesti. Juuri vertaistuen ansiosta eräs kokemusasiantuntijoista koki päässeensä eroon sairauden mukana kulkevasta häpeäilemasta.

“Nii sit se tää häpeäleima, mitä itte oon kantanu mukanani alko tosi vahvasti jäämään taakse, kun tajus vahvasti sen, et sä olitkin ite jo tehnyt siitä itsellesi leiman. Siitä häpeästä, että sitä ei enää kukaan sulle tarjoillutkaan vaan sä ite vaan kannoit”

Haastatteluissa nousi selvästi esiin kokemusasiantuntijoiden halu auttaa muita. Osalle kokemusasiantuntijana toimiminen oli ennestään jo hyvinkin tuttua. Joukosta löytyi myös niitä, jotka eivät vielä olleet toimineet kyseisessä tehtävässä, mutta tulevaisuudessa haaveena on päästä antamaan vertaistukea samassa tilanteessa oleville. Saimme myös toiveen, että opinnäytetyössä painotettaisiin kokemusasiantuntijoiden työn tärkeyttä sekä sitä, kuinka sitä tulisi enemmän hyödyntää. Tutkimuksessamme kokemusasiantuntijat esittivät ajatuksen siitä, että voisivat vierailla erilaisissa avopalveluiden tarjoamissa ryhmissä. Myös kokemusasiantuntijan hyödyntäminen ”tulkkina” hoitopalaverissa oli yksi kehitysehdotuksista. Kokemusasiantuntija voisi myös olla mukana esittelemässä ”uudelle asiakkaalle” eri avopalveluita, myös omahoitajan toivottiin toimivan palveluiden esittelijänä. Kokemusasiantuntija voi kertoa omakohtaisista kokemuksistaan, oireistaan ja tuntemuksistaan, jotka ovat läsnä sairauden eri vaiheissa. Olisi tärkeää jakaa tietoa siitä, että ikävistäkin asioista voi päästä yli ja selvitä.

“...ei se hoitaja jos se ei oo itte käynny läpi masennusta niiku ihan sitä pohjaa, että se ei pysty tietää.”

“...masentuneena hyvin äkkiä tulee sellasia tunteita, että noi hihittää tuolla keskenään mun jutuista ja näin et tavallaan olis se toinen, ei terveydenhuollon edustaja vaan just kokemusasiantuntija joka vois kertoa et hei se on ihan normaalia, mut ei näin todellakaan tapahdu, että ei sun asioista hihitellä...”

Myös Parvelan, Turusen & Töyrymäen (2011) tutkimuksessa haastateltavat kokivat vertaistuen saamisen merkityksellisenä tekijänä. Toinen haastateltava tosin koki vertaistuen saamisen entistä hankalammaksi. Vertaistukea haastateltavat olivat saaneet esimerkiksi mielenterveysyhdistyksen tiloissa ja vertaistukiryhmissä. Myös päivätoiminta koettiin tärkeänä avohoidon palveluna.

Omissa haastatteluissa esiin nousi myös läheiseltä saadun tuen merkitys: tukiverkoston tärkeys korostuu vaikeina hetkinä. Esimerkiksi puolison läsnäolo sekä apu oli koettu korvaamattomana silloin, kun omat voimat eivät enää riittäneet asioiden hoitoon. Oma toimintakyky ei aina antanut myöden poliklinikalle kulkemiseen, silloin omainen huolehti perille viemisestä.

Parvela, Turunen & Töyrymäki (2011) esittävät tutkimuksessaan masenuspotilaiden avohoidosta, että hoitoon hakeutumista motivoivina tekijöinä toimi läheisten tuki. Tiedon saaminen koettiin läheisten tuen ohella

yhtenä hoitoon hakeutumista motivoivana tekijänä. Myös Tamminen-Jurvanen (2017) nostaa esille perheen ja läheisten mukaanoton niin hoidon aikana, kuin jatkohoitoa suunnitellessa.

8.1.4 Kotikäynnit

Keskusteluissa nostimme esiin ajatuksen kotikäynneistä, jolloin hoitajan tapaaminen ei tapahtuisikaan perinteisesti poliklinikalla. Usean haastateltavana olleen kotona oli aiemmin käynyt hoitaja vähintään yhdestä kahdesta kertaa. Vaikka omaan kotiin päästäminen voikin tuntua aluksi hieman jännittävältä, koettiin tämä kuitenkin positiivisena. Haastateltavista yksi totesi, että tällaisia käyntejä olisi voinut olla ehkä useamminkin. Ammattilainen voisi kyetä huomaamaan, kuinka arki kotona sujuu ja onko siellä mahdollisia ongelmia.

Esille tuli myös ajatus siitä, että apua ei saa, mikäli hoidonpiiriin ei itse pääse. Avun saaminen ei pitäisi estyä sen vuoksi, jos et omista autoa eikä julkisilla kulkuvälineillä kulkeminenkaan onnistu. Kotikäynnit mahdollistaisivat niillekin ihmisille tarvitsemansa palvelut, joilla on vaikeuksia päästä poliklinikalle esimerkiksi matkustusongelmien vuoksi.

8.1.5 Tekniikka osana hoitoa

Digitalisaation ollessa ajankohtaista myös terveydenhuollon puolella, halusimme nostaa esille mielipiteitä aiheesta. Haastatteluissa keskusteltiin siitä, miltä poliklinikalla käymisen sijaan tuntuisi tavata hoitaja esimerkiksi tietokoneen välityksellä. Tämä herätti haastateltavissa erilaisia ajatuksia niin puolesta kuin vastaan. Osa oli sitä mieltä, että voisivat kokeilla tietokoneen välityksellä tapahtuvaa etäkohtaamista. Haastateltavista yksi totesi voivansa kokeilla kyseistä tapaa, mutta kokee, ettei tietokoneen ruudulla puhuminen välttämättä luonnistu.

Etäyhteys nähtiin myös yhtenä mahdollisuutena. Kokemusasiantuntija uskoi, että tulevaisuudessa palvelut menevät enenevässä määrin siihen suuntaan, että osa hoitokontakteista tapahtuu tietokoneen välityksellä. Hän mietti myös sitä, aiheuttaisiko etäyhteys ennakkoluuloja ja kenties pelkoa omien teknisten taitojen riittävyydestä, etenkin vanhemman väestön keskuudessa. Lisäksi esiin nousi huoli siitä, jaksako psyykkisesti huonossa kunnolla oleva ihminen avata tietokonetta vai tuleeko tunne, ettei nyt huvitakaan. Sillä poliklinikka käynnille tulee kenties lähdettyä enemmän, vaikkei aina jaksaisikaan. Haastateltavien joukosta yksi totesi välittömästi, että ei ole halukas kokeilemaan etäyhteyttä, sillä kohtaamisen tunne ei välity niin kuin kasvokkain. Hän myös lisäsi perään, ettei ajatusta pidä kokonaan poissulkea, sillä se voi kenties olla jonkun toisen juttu. Vaikka etäyhteytenä toteutettu tapaaminen ei korvaa kasvotusten tunnettavaa läsnäoloa, voisi tämä olla vaihtoehtona esimerkiksi siinä tapauksessa, jos poliklinikalle on vaikea päästä. Ihmisen voinnin ja tunteiden aistiminen voi

etäyhteyden vuoksi hankaloitua, mutta avopalvelun käyttäjälle välittyisi kuitenkin tunne siitä, että joku välittää.

Keskustelussa yksi haastateltavista kertoi jääneensä kaipaamaan toisinaan sitä, että hoitaja voisi joskus vaikka vain soittaa tai laittaa viestin, jossa kysytään kuulumisia. Tällöin tulisi tunne, että sinusta välitetään. Vointia voisi etenkin silloin kysyä, kun hoitajan tapaamisella on havaittavissa, että kaikki ei ole nyt ihan hyvin. Toisella puolestaan oli kokemusta sähköpostin välityksellä kommunikoinnista. Hän kertoi olleensa poliklinikkakäyntien välissä yhteydessä hoitoalan ammattilaiseen, mikäli mieleen tuli jokin asia.

Tamminen-Jurvanen (2017) nostaa esille työn tuloksissa asiakkaiden toiveen siitä, että jokaisella työntekijällä olisi matkapuhelin käytettävissä. Tämä helpottaisi asiakkaan ja hoitotyöntekijän välistä kanssakäymistä. Työn tuloksissa pohdittiin myös positiiviselta kannalta erilaisten sosiaalisen median kanavien käyttöä yhtenä tiedotuskanavan toimenä. Internetistä toivottiin myös löytyvän palveluvalikko ja erilaisia tietopaketteja asiakkaan käyttöön.

Omassa materiaalissa olemme nostaneet esille monia vertaistukea, tietoa ja ohjausta tarjoavia verkkopalveluita, kuten Mielenterveystalon oirenavigaattorin sekä paikkakunta- ja palveluhaun. Työtä tehdessämme heräsimme miettimään, kuinka paljon erilaisia hyödyllisiä sivustoja on olemassa, mutta asiakkaat eivät ole niistä tietoisia. Heräsi myös pohdintaa, tarjotaanko asiakkaille tarpeeksi tietoa verkosta saatavista palveluista ja missä muodossa? Tietoa kyllä löytyy, mutta pilkottuna eri sivustoilta. Uskomme, että palveluiden kohdentamisessa hoitaja voi olla apuna: millainen verkkosivu palvelisi juuri kyseisen potilaan tarpeita sairauden eri vaiheissa? Yksinkertainen tiivis tietopaketti vai laajempaa materiaalia tarjoava kokonaisuus, kuten Mielenterveystalo. Henkilökohtaisella tasolla tekniikan käytön helppous voi vaikuttaa ajattelutapaamme, pohtiesamme asiakkaalle tarjottavia verkkopalveluita. Meille yksinkertaiselta vaikuttava palvelu saattaa aiheuttaa asiakkaan näkökulmasta vaikeuksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2020) korostaa, että hoitohenkilöstön tulisi osata opastaa asiakkaita palveluiden suhteen. Digipalvelut vaativat niin aktiivista asennetta kuin koulutustakin henkilöstöltä.

8.2 Yhteenveto tutkimustuloksista ja johtopäätökset

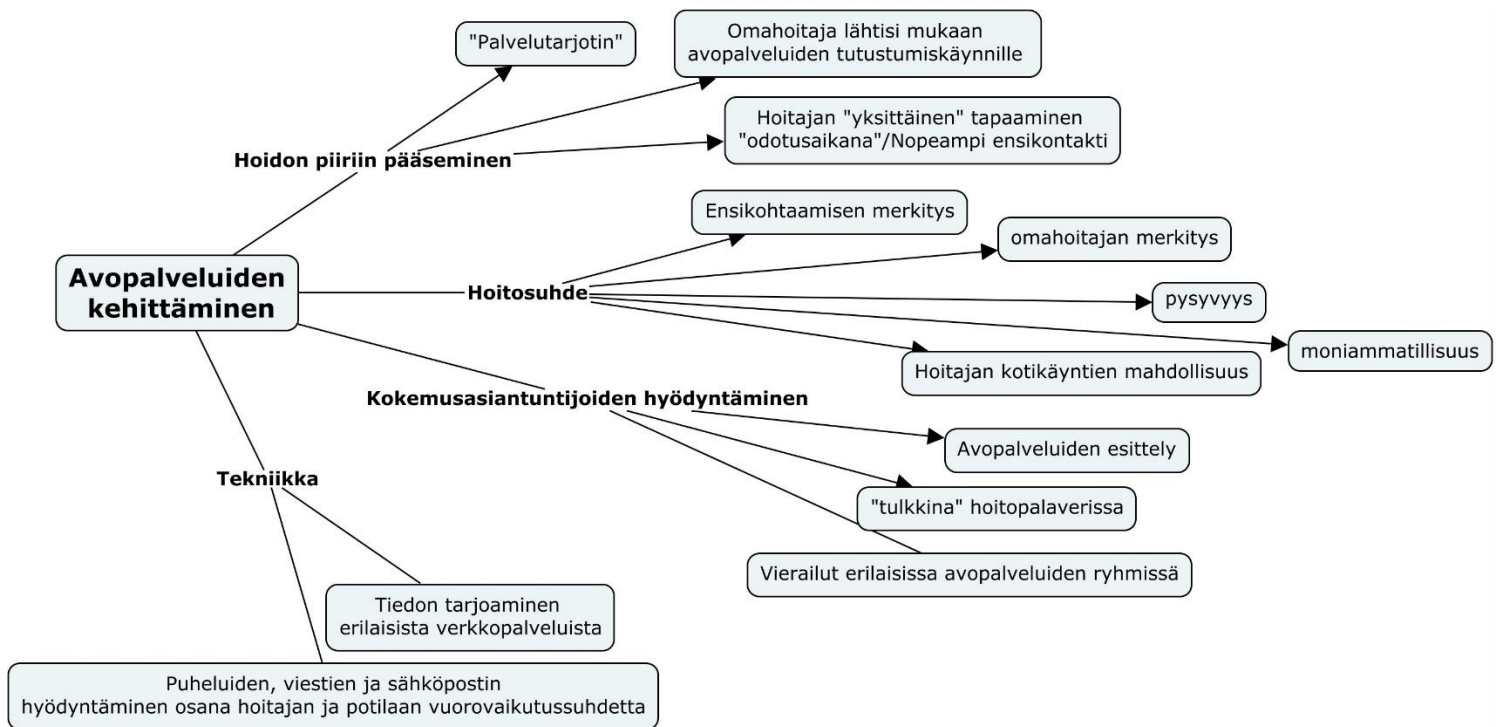
Haastatteluissamme selvisi monessa teoriayhteydessäkin esille noussut moniammatillisuuden ja kokonaisuuden huomioimisen tärkeys. Potilas tulee lähipiireineen huomioida psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Myös perheen lapset tulee ottaa huomioon. Tutkimuksesamme läheisten tukea korostettiin suurena voimavarana. Haastatteluissa toivottiin, että vaikka asiakkaan voimien kohentuessa käynnit vähenisivät, ei hoitokontakti katkeaisi kokonaan.

Vertaistuki nähtiin tärkeänä asiana ja kokemusasiantuntijoiden yhä monipuolisempaa hyödyntämistä toivottiin tulevaisuudessa tapahtuvaksi. Esille heitettiin idea palvelutarjottimesta, kokemusasiantuntijan ”tulkkina” käytöstä sekä kokemusasiantuntijan roolista ”oppaana” palveluissa. Myös kokemusasiantuntijoiden vierailuita erilaisiin avopalveluiden järjestämiin ryhmiin toivottiin. Omahoitajan toivottiin opastavan avopalveluiden kanssa ja tulemaan mukaan tutustumaan palveluiden esittelykäynneille. Tämän koettiin pienentävän kynnystä lähteä tutustumaan erilaisiin palveluihin. Pohdimmekin, ovatko kokemusasiantuntijoiden tarjoamat resurssit valjastettu riittävässä määrin avopalveluiden uusien asiakkaiden käyttöön: halua auttaa löytyy. Terveystenhuollon resurssit eivät ehkä mahdollista sitä, että omahoitaja lähtee asiakkaan kanssa tutustumiskäynneille eri paikkoihin, mutta voisiko tässä tapauksessa astua kuvaan kokemusasiantuntija?

Palveluiden piiriin pääsemisen toivottiin olevan nopeampaa ja helpompaa. Esitettiin, että ”odotusaikana” voisi yksittäinen hoitajan tapaaminenkin helpottaa. Hoitosuhteessa esille nousi ensikohtaamisen ja omahoitajasuhteen merkityksellisyys. Kemioiden kohtaamisen tärkeyttä painotettiin. Hoitosuhteelta toivottiin pysyvyyttä: tutustuminen uudelleen nähtiin voimavaroja kuluttavana asiana.

Teknologian hyödyntämiseen suhtauduttiin ristiriitaisesti. Teknologia ei korvaa ihmiskontaktia, mutta voi olla käyttökelpoinen apuväline. Esille heräsi ajatuksia esimerkiksi iäkkäämmän väestön teknisistä taidoista ja siitä, jaksako virtuaalitapaamiseen osallistua samoin kuin fyysiseen tapaamiseen. Erilaisia tutkimustuloksia vertailemme päädyimme siihen, että tuottamamme oppaan tulisi sisältää myös tietoa erilaisista asiakkaalle suunnatuista verkkopalveluista. Jäämme siis mielenkiinnolla odottamaan, millaisia käytännön vaikutuksia saamme työllämme aikaan.

Alla olevassa kuviossa esitelty työn keskeisimmät tulokset, jotka ovat avattu yllä olevassa tekstissä.



Haastatteluiden tuloksia (Immonen, Tuomala & Valovuori, 2020)

8.3 Oppinnäytetyön toiminnallinen tuotos

Kun tietoperusta oli kasattu ja kokemusasiantuntijoiden haastattelut suoritettu aloimme työstämään avopalveluiden opasta. Aluksi pohdimme millainen opas olisi hyvä psykoosipotilaalle. Vastaus oli mielestämme selvä. Mitä yksinkertaisempi ja pelkistetympi opas olisi, sitä helpompi sitä olisi lukea.

8.3.1 Oppaan tuottaminen

Päädyimme etsimään oppaalle mielestämme tärkeimmät palvelut erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta sekä kolmannen sektorin tuottamista palveluista. Oppaasta tuli viisi sivuinen ja se tuotetaan tilaajan sähköiseen palveluun, jossa sitä on helppo muokata tarpeen mukaan sekä se on helppo tulostaa potilaalle joko oppaana tai paperisena versiona. Työn tilaajalta saimme hyvää palautetta. Opas tulee tarpeeseen, koska se on ensimmäinen laatuaan, jossa käydään läpi psykiatrisia avopalveluja kaikilta kolmelta sektorilta Kanta-Hämeen alueella. Oppaasta löytyy kuvaus eri paikkojen toiminnasta, käyntiosoitteet sekä puhelinnumerot.

Oppaan teko oli samaan aikaan haastavaa ja mielenkiintoista. Vaikein päätös oli palveluiden valinta oppaaseen, koska opas rajattiin suppeaksi ja helppolukuisiksi. Mielestämme onnistuimme oppaan tuottamisessa hyvin ja tilaajan puolelta saimme kiitosta oppaan selkeydestä sekä siitä, että sinne oli onnistuttu rajaamaan tärkeitä palveluita eri toimijoilta.

Opas alkaa esittelyllä kenelle opas on suunnattu ja mikä sen tavoite on. Opas jatkuu edeten järjestelmällisesti eteenpäin, tehden lukijalle oppaan helposti luettavaksi. Ensin tulee erikoissairaanhoidon esittely Hämeenlinnassa ja Riihimäellä, jonka jälkeen esitellään kunnan tuottamat palvelut ja kolmannen sektorin palvelut ensin Hämeenlinnassa ja sen jälkeen Riihimäellä. Tämän jälkeen oppaassa on esitelty hengelliset palvelut valtakunnallisesti sekä Hämeenlinnassa ja Riihimäellä. Viimeisenä on kerrottu eri valtakunnallisia palveluja, joita tilaaja toivoi kuten Mielenterveystalo, Mielen terveyden keskusliitto, Suomen mielen terveys ry, MIESluuri ja Finfami.

8.3.2 Laadukkaan oppaan laatiminen

Hyvärinen (2005, ss. 1769–1770) kirjoittaa erinomaisen otsikon sisältävän kysymyksen tai väitteen. Otsikkoa voi henkilökohtaistaa käyttämällä puhuttelevaa sävyä: ”Potilasohje sinulle, joka sairastat masennusta”. Väliotsikon alle tulisi sijoittaa vähintään kaksi kappaletta, eikä väliotsikoiden määrää tulisi liioitella.

Kotimaisen kielten keskus (n.d.) kehottaa käyttämään oppaassa käsky-muotoa: ”soita tähän numeroon, liitä liitteeksi asiakirja...”. Näin asiakkaan on helpompi hahmottaa, miten vastuu jaetaan hänen ja muiden kesken. Entä onko oletettavissa, että jotakin tapahtuu automaattisesti? Imperatiivin käyttö ei luo määräilevää vaikutelmaa, kun ohje on selkeästi asiakkaan edun mukainen: jos liite jää toimittamatta, asia viivästyy. Hyvärinen (2005, s. 1769) yhtyy edellä mainittuun suositellen myös ohjeiden perustelua lukijalle: miten lukija hyötyy ohjeen noudattamisesta? Hyvän oppaan tulisi kannustaa lukijaa toimimaan. Kotimaisten kielten keskus (n.d.) kirjoittaa, että ohjeen laatijan tulisi tunnistaa asiat, joita hän itse pitää itsestään selvinä: asiat eivät välttämättä kuullostaa samalta alan asiantuntijan ja asiakkaan korvaan. Ohjeen laatija voi pohtia millaiset asiat vaativat asiakkaan omaa toimintaa. Ohjetta laatiessa tulee myös kiinnittää huomio ammattikieleen: asiakas ei välttämättä ymmärrä ammattisanastoa. Kenelle opas on suunnattu? Hoitohenkilöstölle vai potilaalle? Ohjeita laatiessa termit ja lyhenteet tulisi purkaa lukijalle ymmärrettäviksi. Myös Hyvärinen (2005, s. 1769) puoltaa edellä mainittua todetessaan, että ohjetta laatiessa yleiskielen käyttö on enemmän kuin suotavaa.

Jos ohjeessa kehoitetaan yhteydenottoihin, tulisi varmistaa, että tarvittavat yhteystiedot ovat selkeästi saatavilla. Osoitteen lisäksi kannattaa huomioida paikkakunnan merkitseminen. Päiväysten tulisi olla täydellisiä ja täsmällisiä, eikä muodossa ensi viikolla, huomenna tai tänään. Ohjeeseen voi tarvittaessa myös liittää kohdan, jossa neuvotaan keneen ottaa yhteys ohjeiden ollessa epäselviä tai riittämättömiä. Kotimaisten kielten keskus (n.d.) myös kehottaa tavoittelemaan selkeää kokonaisrakennetta kuvia ja väliotsikoita hyödyntäen. Myös asioiden käsittely järjestykseen ja asioiden pakollisuuteen kannattaa kiinnittää huomio: mistä lukijan tulisi lähteä liikkeelle, mikä on vapaaehtoista, mikä pakollista, mikä suositeltavaa? (Koti-

maisten kielten keskus, n.d.) Hyvärinen (2005, ss. 1769–1770) lisää asioiden esittämisjärjestyksen olevan jopa suurin yksittäinen ymmärrystä helpottava seikka: tärkein asia esitetään ensin ja edetään vähäpätöisimpään asiaan hiljalleen. Hän myös kehottaa pohtimaan, missä lukija lukee opasta: sairaalassa vai kotona?

Raevaara (2016) taas kehottaa pohtimaan, ohjeiden ymmärrettävyyden lisäksi lukijan huomioimista kielenkäytön asiallisuuden kannalta (valta, kohteliaisuus, sävy ja tilanteen huomioiminen). Muotoja on monia: tulosta asiakirja, asiakirja on tulostettava. Raevaara pohtii, että valinnanvaraa antamatonta muotoa voidaan pitää epäkohteliaana tai vallankäyttöä ilmaisevana. Juurikin imperatiivimuotoa on kuvailtu jokseenkin epäkohteliaaksi rakenteeksi. Kuitenkin imperatiivimuotoiset ohjeistukset ovat yhteistyön väline. Kun kyse on yhdessä toimimisesta ovat ne oiva ohjauksen väline, kyseessä on kuitenkin usein molemminpuolinen hyöty. Imperatiivin käyttö saattaa sopia verkkoon, mutta olla epäkohteliaan tuntuinen kasvokkain. Imperatiivien hyviin puoliin kuuluvat myös odotuksenmukaisuus, erottuvuus muusta tekstistä, kannustavuus ja ohjeiden noudattamisen helppous. Viranomaisohjeissa toimijaan ei välttämättä viitata lainkaan tai ohje on suunnattu tietylle ryhmälle, kuten eläkeläisille. Tällainen muoto koetaan usein kohteliaaksi ja sopivan etäiseksi. Sosiaalisen median ja muuttuvan maailman myötä myös viranomaiskieli on muuttunut vuorovaikutuksellisemmaksi: byrokraattisista etäisistä viranomaisista halutaan luoda lähesyttävämpi kuva.

9 POHDINTA

Tutkimuksen laadusta puhuttaessa nousevat usein esille sanat reliabiliteetti ja validiteetti. Validiteetillä viitataan tutkimuksen pätevytyteen: siihen, kuinka hyvin tutkimus kuvailee tutkittavaa ilmiötä. Reliabiliteetti viittaa taas tutkimuksen tarkkuuteen. Kuitenkin monesti puhutaan yleistäen vain tutkimuksen luotettavuudesta, validiteetistä tai laadusta. Validiteetin peruskysymyksiä ovat seuraavat kysymykset: tarkasteleeko tutkimus todella sitä, mitä on kerrottu tutkimuskohteeksi? Ovatko tutkimuksella tuotetut käsitteet aineistoon perustuvia ja ilmiötä kuvaavia? Päteekö tieto kyseiseen ihmisryhmään tai muuhun tutkimuskohteeseen? Entä onko tiedon tuottaminen suoritettu pätevästi? (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen (2014, ss. 130–131)

9.1 Työn eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK (n.d.) on laatinut yhtenäiset eettiset suositukset ja ohjeet koskien ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessia. Ne pohjautuvat lainsäädäntöön sekä kansainvälisiin että kansallisiin tiedeyhteisön tutkimuseettisiin periaatteisiin, linjauksiin ja suosituksiin.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme tutustuneet Arenen, eli Ammatti-korkeakoulujen rehtorineuvoston suosituksiin. Näiden suositusten tavoitteena on tukea ja edistää hyvää tieteellistä käytäntöä, kehittää opinnäytetöiden laatua sekä valvoa ja vähentää epäeettistä toimintaa. Nämä suositukset ovat ohjanneet toimintaamme opinnäytetyö prosessin aikana. (Arene, 2018) Jotta voidaan puhua tuloksiltaan luotettavasta sekä eettisesti hyväksyttävästä tutkimuksesta tulee sen tekoprosessin olla hyvän tieteellisen käytännön mukaan toteutettu (TENK, n.d.). Ensisijainen vastuu hyvän tieteellisen käytännön toteuttamisesta on tutkijalla itsellään. Opinnäytetöihin materiaalia etsiessä sekä kirjallista tuotosta tehdessä olemme kunnioittaneet muiden tutkijoiden työtä sekä noudattaneet huolellisesti käyttämiemme lähteiden merkintää. Tutkimuksissa, jotka pohjautuvat ihmistieteisiin tulee tarkoin noudattaa eettisiä periaatteita kuten, ihmisen yksityisyyttä ja tietosuojaa. Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioitus sekä vahingoittamisen välttäminen korostuvat. Olemme huomioineet edellä mainitut muun muassa siten, että haastatteluihin osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Haastattelutilanteet ovat edenneet haastateltavien eli kokemusasiantuntijoiden ehdoilla. Ennen haastattelua olemme kertoneet syyn sekä tavoitteet tutkimukselle. Olemme painottaneet tutkimuksen luotettavuutta sekä haastateltavien anonymiteettiä, eli nimen pysymistä salassa. Haastateltavat saavat myös mahdollisuuden vaihtaa lopulliseen tuotokseemme. (Arene, n.d., ss. 7–8)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös kysymällä kuinka hyvin kerätty data kuvaa tutkijan valitsemaa ilmiötä (aineiston sisäinen luotettavuus). Toisaalta tulisi jo ajoissa pohtia, pystytäänkö kyseisellä menetelmällä (meidän tapauksessamme kvalitatiivisella tutkimusmetodilla) keräämään tietoja, jotka johtavat yleisiin päätelmiin (ulkoinen luotettavuus). (Aaltola ym., 2015, s. 24)

9.2 Pohdintaa työstä

”Olettepa kinkkisen yhdistelmän valinneet, hatunnostot siitä” todettiin op-ponoijien taholta esitellessämme tutkimuksellisen ja toiminnallisen työn tuotosta heille väliseminaarissa. Yksi työn suurimpia haasteita oli toimivan kokonaisuuden nivominen kahdesta jokseenkin irrallisesta palasta. Haastavuutta toi osaltaan se, että aloitimme rakentamaan työtä tietämättä täysin, millaista työtä olemme tekemässä. Jälkiviisaana kokemusasiantuntijoiden spesifimmät ajatukset siitä, millaista tietoa he avopalveluista toivoisivat oppaaseen, olisivat palvelleet kokonaisuuden rakentamista. Valmiin tutkimuksen tuloksia ei voida kuitenkaan muokata jälkikäteen enemmän avopalveluopasta palveleviksi.

Toinen suuri haaste oli psykoosi käsitteen laajuus tai toisaalta rajaavuus. Psykoosia sairastava henkilö käsitteenä olisi mieluusti vaihtunut moneen otteeseen rajatumpaan, esimerkiksi skitsofreniaa sairastavaan henkilöön. Teoria perustassa toteammekin, että vaikka psykoosisairauksien hoidot

kulkevat melko lailla samaa polkua, myös eroavaisuuksia löytyy. Se, mikä pätee yhteen psykoosisairauteen, ei välttämättä päde toiseen. Pyrimmekin etsimään mahdollisimman yleistettävissä olevaa tietoa ja erittelemään tarpeen tullen, millaisen psykoosisairauden hoidosta puhutaan.

Toisaalta psykoosi käsite rajasi ja suuntasi teorian tietäntyyppisen tiedon äärelle ja pohdintaa heräsi, olisiko mielenterveyspalveluita käyttävä asiakas ollut tiedon hankinnan kannalta parempi käsite. Käsite olisi voinut palvella myös haastatteluiden ja oppaan, sekä teorian vuoropuhelua nykyistä paremmin. Lisäksi tietoa aiheesta olisi ollut tarjolla laajemmin. Toisaalta laajempi käsite olisi voinut vaikeuttaa tiedon rajaamista entisestään. Jo nykyisessä muodossaan työstä karsiutui teoreettista tietoperustaa matkan varrella useiden sivujen, jopa kymmenien sivujen verran.

Opinnäytetyömme tutkimuksellisen osan tarkoituksena on kuvata kokemusasiantuntijoiden käsityksiä mielenterveystyön avopalveluiden kehittämistarpeista. Koemme, että vaikka tutkimuksen tulokset eivät palvelleet tutkimuksellisen ja toiminnallisen opinnäytetyön kokonaisuutta parhaimmalla mahdollisella tavalla, olemme onnistuneet luomaan kaksi toimivaa hiukan toisistaan irrallista kokonaisuutta. Tutkimuksellinen osio palveli tutkimuskysymystämme avopalveluiden kehittämisestä, siinä missä oppaan tuottamista varten hyödynnettävä tieto jäi vajaaksi. Saimme toki suuntaa antavaa tietoa esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden näkemyksistä tekniikan hyödyntämisen suhteen. Toisaalta pohdimme, olisimmeko saaneet nykyistä materiaalia avopalveluiden kehittämisestä kasaan, jos työn kiintopisteenä olisi ollut koko ajan oppaan kehittäminen.

Toinen työn tavoite oli tuottaa opas mielenterveystyön avopalveluita käyttävien tueksi. Opas sai ajatuksen tasolla potkua saatujen haastattelutulosten, teorian ja omien kokemustemme pohjalta: pirstaleinen palveluvii-dakko tarvitsee selkeytystä. Oppaan koimme onnistuneen erityisen hyvin: valmis opas oli selkeä ja sisälsi mielestämme oleellisen ja tilaajan toivoman tiedon tiiviissä muodossa.

Opponoiijien osalta saimme kysymyksen, mikä tekee meidän oppaastamme tarpeellisen: onhan internet pullollaan tietoa. Pikaisella verkko-haulla palveluita löytyy monia. Vastasimme heille, että työmme on tarkoin harkittu ja tiivistetty tiedollinen anti. Oppaan palveluiden koonti on toteutettu alan ammattilaisten mielipiteet ja kommentit huomioiden. Internetin tuoman valtaisan informaatiotulvan tai kymmenien esitteiden määrä voi tukahduttaa asiakkaan, jonka voimavarat ja vastaanottavuus ovat kovin rajallisia. Haluamme auttaa asiakasta hyödyntämään internetiä, nostaen esille luotettavia suurempia palvelukokonaisuuksia, kuten esimerkiksi Mielenterveystalon. Jätämme asiakkaan arvioitavaksi, millaisista palveluista hän haluaa kuulla enemmän. Olemme tuoneet tiedon ja avun hänen ulottuvilleen. Koemme, että näin opas palvelee teoriaperustassakin mainittua hoitoon sitouttavaa tekijää: potilaan vastuunottamista omasta hoidostaan.

Tilaaaja toivoi työn sisältävän ajatuksia avopalveluiden kehittämisestä sekä jatkohoitopaikkojen koontia palvelunkäyttäjille. Myös kokemusasiantuntijoiden näkökulmien esille tuomista toivottiin tuotavan esille.

Tilaaaja koki olleensa tyytyväinen työhön sekä tekijöiden aktiivisuuteen. Työn tavoitteiden koettiin täyttyvän. Työ koettiin hyödynnettävissä olevaksi, esimerkiksi vallitsevan pandemia tilanteen luomien etäkontaktien aloituksen näkökulmasta. Kehittämisideat otettiin vastaan ja koettiin hyödynnettävänä tietona. Potilasopas nähtiin tarpeelliseksi niin poliklinikoille kuin osastolta kotiutuville.

Lähetimme työmme tulokset myös kokemusasiantuntijoille luettavaksi ja pyysimme heiltä palautetta, valitettavasti emme saaneet yhtään vastausta.

Konkreettisen oppaan saaminen esimerkiksi osastolta kotiutuessa koettiin myös kokemusasiantuntijoiden taholta hyväksi ideaksi ja ajatus palvelutarjottimesta nousikin esille. Oppaan äärelle asiakas voi palata voimavarojensa niin salliessa, ilman tietokoneen käynnistämistä ja kymmenien linkkien avaamista. Kuten oppaassa toteamme, tarkoituksena ei ollut suinkaan listata kaikkia avopalveluita vaan tuoda esille keskeisiä konkreettisia palveluvaihtoehtoja.

Työ hioutui useaan otteeseen ja haki omaa uomaansa. Psykoosipotilaan hoitopolku avoterveydenhuollossa muokkaantui enemmänkin mielenterveyspuolen avopalveluiden kehittämisprojektiksi. Suurin muokkaava tekijä oli se, millaisten henkilöiden kokemuksia saimme olla osallisina kuulemassa. Jos haastateltavat olisivat kaikki edustaneet avopalveluita käyttäviä psykoosia sairastavia henkilöitä, olisi lopputulos ollut ehkä erilainen.

Jäämme mielenkiinnolla odottamaan, millaisia tuloksia olemme saaneet työllämme aikaan.

LÄHTEET

Abajobir, A. A., Kisely, S., Scott, J. G., Williams, G., Clavarino, A., Strathearn, L. & Najman, J. M. (2017). Childhood Maltreatment and Young Adulthood Hallucinations, Delusional Experiences, and Psychosis: a Longitudinal Study. *Schizophrenia bulletin* 43(5), ss. 1045–1055. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw175>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. (n.d.). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Haettu 18.2.2020 osoitteesta: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Brekke, J. & Nakagami, E. (2010). The relevance of neurocognition and social cognition for out-come and recovery in schizophrenia. Teoksessa V. Roder & A. Medalia (toim.) *Neurocognition and Social Cogniton in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment. Key Issues Ment Health* 177, ss. 23–36. Basel: Karger. <https://doi.org/10.1159/000284376>

Eskola, J. & Vastamäki J. (2015). Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 Metodien valinta ja aineistonkeruu tutkijalle*. 5.uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. ss. 28–41

FinFami mielenterveysomaiset Kanta-Häme. (n.d.). Tietoa yhdistyksestä. Haettu 8.3.2020 osoitteesta: <https://www.finfamikantahame.fi/tietoa-yhdistyksesta/>

Fiszdon, J. M., Kurtz, M. M., Choi, J., Bell, M. D., Martino, S. (2015). Motivational Interviewing to Increase Cognitive Rehabilitation Adherence in Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 42(2), ss. 327–334.

Hakala, J. (2015). Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 Metodien valinta ja aineistonkeruu tutkijalle*. 5.uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. ss.19–23

Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (2011). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. (2010). *Käytännön mielenterveystyö*. Helsinki: Tammi.

Hietala, J., Heinimaa, M. & Suvisaari, J. (2015). Tutkimus on muuttanut käsitystämme psykooseista. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 131(22), ss. 2117–2124. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu

17.1.2020 osoitteesta <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2015/22/duo12541>

Huttunen, M. (2008). *Lääkkeet mielen hoidossa*. 2.painos. Helsinki: Kustannus Duodecim oy.

Huttunen, M. (2017). Psykoosien lääkehoidon käytäntöä. *Lääkärikirja Duodecim*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu 22.9.2019 osoitteesta: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00029

Huttunen, M. (2018). Harhaluuloisuushäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu 10.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00373

Huttunen, M. (2018). Lapsivuodepsykoosi. *Lääkärikirja Duodecim*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu 16.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00381

Huttunen, M. (2018). Lyhytkestoinen psykoosi. *Lääkärikirja Duodecim*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu 16.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00387

Huttunen, M. (2018). Skitsoaffektiivinen häiriö. *Lääkärikirja Duodecim*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu 10.1.2020 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00487&p_haku=Skitsoaffektiivinen%20h%C3%A4iri%C3%B6

Hyvärinen, R. (2005). Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perille menon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121(16), ss. 1769–1773. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu 9.4.2020 osoitteesta: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2005/16/duo95167?keyword=poti-lasohje>

Hämeen Mokia ry. (n.d.). Yhdistys. Haettu 8.3.2020 osoitteesta: <https://www.mokia.fi/yhdistys>

Hämeen Setlementti ry. (2020). Ihmisten keskellä, ihmisten kesken. Haettu 8.3.2020 osoitteesta: https://bin.yhdistys-avain.fi/1589919/cHwD85dsvU6dmdh1Nno40TBvI/H%C3%A4Se_Yleisesite_30.1.2020.pdf?token=eyJhbGciOiJIUzI1NiIsInR5cCI6IkpXVCJ9.eyJrZXkiOiJQUk9EliwidXJljoiaHR0cHM6Ly9iaW4ueW-hkaXN0eXNhdmFpbi5maS8xNTg5OTE5L2Nid0Q4NWRzdIU2ZG1kaDFObm80MFRkZXZJL0glQzMlQTRTZV9ZbGVpc2VzaXRlXzIuMjE1Ym9keS5wZGYi

LCJtY-
XJrQXNQdWJsaWMiORydWUslmhdCI6MTU4MzY3OTMzMswiZXhwIjoxN
TgzNjc5NiMxfQ.8f-ZD50eE2V7itlpcoStg7hpmkpDUIQj5CFxBsys5uw

Hämeen seudun omaishoitajat ry. (n.d). Tietoa meistä. Haettu 8.3.2020 osoitteesta: <https://www.hmlomaishoitajat.fi/>

Hämeenlinnan kaupunki. (2020a). Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Haettu 21.3.2020 osoitteesta: <https://www.hameenlinna.fi/sosiaali-ja-terveys/terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/>

Hämeenlinnan kaupunki. (2020b). Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut. Haettu 21.3.2020 osoitteesta: <https://www.hameenlinna.fi/wp-content/uploads/2020/02/Mt-asumispalvelut-esite-2020.pdf>

Hämeenlinnan kaupunki. (2020c). Kuntouttavan työtoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen ryhmät keväällä 2020. Haettu 22.3.2020 osoitteesta: <https://www.hameenlinna.fi/yleinen/kuntouttavan-tyotoiminnan-ja-sosiaalisen-kuntoutuksen-ryhmat-kevaalla-2020/>

Hämeenlinna-Vanajan seurakunta. (n.d.). Mielenterveys. Haettu 13.3.2020 osoitteesta: <https://www.hameenlinna-vanajanseurakunta.fi/apua-ja-tukea/diakoniatyontekija-tavattavissa/mielenterveystyo>

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen C., Schubert C. & Seuri, T. (2017). *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanta-Hämeen keskussairaala. (n.d.). Poliklinikat. Haettu 21.3.2020 osoitteesta: <https://www.khshp.fi/palvelut/psykiatria/aikuispsykiatria/>

Kanta-Hämeen perhetyö ry. (n.d.). Ensi- ja turvakotienliiton jäsenjärjestö. Haettu 8.3.2020 osoitteesta: <https://ensijaturvakotienliitto.fi/kantahameenperhetyo/palvelut/#1517300350773-69fd37c9-b7c3>

Kieseppä, T. & Oksanen, J. (2013). Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Läketieteellinen Aikakausikirja Duodecim*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Haettu 28.9.2019 osoitteesta: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/20/duo11273?keyword=haavoittuvuus%20stressimalli>

Kirkon keskusteluapua. (n.d.). Luottamuksella, sinua kuunnellen. Haettu 14.3.2020 osoitteesta: <https://kirkonkeskusteluapua.fi/>

Kirkon keskusteluapua. (n.d.). Nuorille ja koululaisille. Haettu 14.3.2020 osoitteesta: <https://kirkonkeskusteluapua.fi/nuorille/>

Kotimaisten kielten keskus. (n.d.). Vinkkejä ohjetekstin tekijöille. Haettu 31.3.2020 osoitteesta: https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakielihojeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus (2020). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 14.4.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Käypä hoito -työryhmä, Skitsofrenia (2020). Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 14.4.2020. [Saatavilla](#) internetissä: www.kaypa-hoito.fi

Luotsi-säätiö. (n.d.a). Palkkatuki. Haettu 22.3.2020 osoitteesta: <https://www.luotsisaatio.fi/palkkatuki>

Luotsi-säätiö. (n.d.b). Säätiö. Haettu 22.3.2020 osoitteesta: <https://www.luotsisaatio.fi/saatio>

Marttunen, M., Kärkkäinen, J. & Suvisaari, J. (2016). Mielenterveyspalvelut. Haettu 3.4.2020 osoitteesta: <https://www.julkari.fi/handle/10024/130798>

Mielenterveyden keskusliitto. (n.d). Yleiset yhteystiedot. Haettu 12.3.2020 osoitteesta: <https://www.mtkl.fi/ota-yhteytta/>

Mielenterveyslaki (1990/1116). Haettu 15.1.2020 osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveystalo. (n.d.a). Psykoosiopas. Haettu 17.1.2020 osoitteesta <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Mielenterveystalo. (n.d.b). Stigma, eli häpeäleima. Haettu 4.6.2020 osoitteesta: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>

Mielenterveystalo. (n.d.c). Lääkkeet. Haettu 4.6.2020 osoitteesta: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/laakkeet.aspx>

Mielenterveystalo. (n.d.d). Vertaistuki. Haettu 1.10.2019 osoitteesta: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/vertaistuki.aspx>

Mielenterveystalo. (n.d.e). Tervetuloa aikuisten mielenterveystaloon. Haettu 20.2.2020 osoitteesta: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Pages/default.aspx>

Mielenterveystalo. (n.d.f). Paikka- ja palvelu haku. Haettu 20.2.2020 osoitteesta: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/hae_neuvoja_ja_apua/paikka_ja_palveluhaku/Pages/default.aspx?Area=H%C3%A4meenlinna&ServiceType=&Diagnose=&Symptom=&Query=&ControllId=hoitoalue-selector#paikkapalv-box

Mieli. (n.d.). Hyvinkään seudun mielenterveysseura. Haettu 14.3.2020 osoitteesta: <https://www.mielenterveysseurat.fi/hyvinkaa/kriisivastaanotto/>

Miessakit ry. (n.d.). MIESluuri tiistaisin klo 18-22. Haettu 13.3 osoitteesta: <https://www.miessakit.fi/toimintamuodot/toiminnan-miehet/miesluuri/>

Nollalinja. (n.d.) Etusivu. Haettu 13.3.2020 osoitteesta: <https://www.nollalinja.fi/>

Nuorten exit. (2019). Nuorelle. Haettu 13.3.2020 osoitteesta: <https://nuortenexit.fi/tukea-tilanteisiin/miten-me-voimme-auttaa/>

Nuortanelämä.fi. (n.d.). Elävää elämää. Haettu 13.3.2020 osoitteesta: <https://www.nuortanelama.fi/elavaa-elamaa>

Parvela, A., Turunen, E. & Töyrymäki, H. (2011). *Masennukseen sairastuneiden kokemuksia avohoidosta*. Hoitotyön koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu. Haettu 11.4.2020 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011112215027>

Peltosaaren raketti. (2017). Ruohonjuurelta tähtiin. Haettu 7.4.2020 osoitteesta <http://www.raketti.space/>

Raevaara, L. (2016). Ohjeita asiakkaille – tilannetajua ja lukijan huomioimista. Haettu 31.3.2020 osoitteesta: https://www.kotus.fi/nyt/kolumnit_artikkelit_ja_esitelmat/hyvaa_virkakielta/hyvaa_virkakielta_2016/ohjeita_asiakkaille_-_tilannetajua_ja_lukijan_huomioimista.19937.news

Rantala. (2015). Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2 Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 4. uudistettu painos: PS-kustannus. Jyväskylä: PS-kustannus. ss.109–114

Riihimäen MT-yhdistys ry. (2019). Haettu 14.3.2020 osoitteesta: <https://www.riihimaenmielenterveysyhdistys.fi/>

Riihimäen seudun terveystieteiden keskus. (n.d.). Aukioloajat ja yhteystiedot. Haettu 14.3.2020 osoitteesta: <https://riihimaenseudunterveyskeskus.fi/palvelut/psykiatriset-sairaanhoitajat/mielenterveys-ja-paihde/>

Riihimäen seurakunta. (n.d.) Mielenterveystyö. Haettu 14.3.2020 osoitteesta: <https://www.riihimaenseurakunta.fi/tule-mukaan/diakoniatyö/mielenterveystyö>

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. (2014). *Tutkimuksen voimasanat*. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Sairaanhoitajaliitto. (n.d.). Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Haettu 5.4.2020 osoitteesta: <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaamisen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>

Sopimusvuori ry. (n.d.) Siirtymätyö. Haettu 13.3.2020 osoitteesta: <https://www.sopimusvuori.fi/walonkulma/siirtymatyö/>

Sorvaniemi, M. 2016. Psyykenlääkkeiden käytön edellyttämä laboratorioseuranta. *Sic!* 2/2016. Helsinki: Fimea. Haettu 19.4.2020 osoitteesta: https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/2_2016/psykye-ja-laake/psyykenlaakkeiden-kayton-edellyttama-laboratorioseuranta?fbclid=IwAR3wqr7EWLTJGjjBbyzhSJJOPMikniG-VEcJl1nvaZFiet98XrtuzVa7DT00

Suomen Mielenterveys ry. (2020). Mieli. Haettu 20.2.2020 osoitteesta: https://mieli.fi/sites/default/files/inline/mieli_ry_yleisesittely_suomeksi.pdf

Tamminen-Jurvanen, M. (2017). *Asiakaslähtöisyyden kehittäminen Kanta-Hämeen keskussairaalan psykiatrian poliklinikalla*. Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskus ja johtaminen. Hämeen ammattikorkeakoulu. Haettu 11.4.2020 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017111617233>

TE-palvelut. (2020). Työllisty palkkatuella. Haettu 22.3.2020 osoitteesta: http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonhakijalle/tukea_tyollistymiseen/tyollisty_palkkatukikortilla/index.html

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. (2018). Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen painopisteiksi vuoteen 2020. Haettu 4.4.2020 osoitteesta: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/ehdotukset-mielenterveys-ja-paihdetyon-kehittamisen-painopisteiksi-vuoteen-2020>

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (2019a). Psykiatrisen erikoissairaanhoito 2018. Tilastoraportti 42/2019. Haettu 14.4.2020 osoitteesta:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138844/Tr42_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019b). Psykoosit. Haettu 18.9.2019 osoit-

teesta: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2020). Suositukset organisaatioille digitalisaation hallintaan. Haettu 13.4.2020 osoitteesta:

<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/mita-tiedonhallinta-on-/sote-digitalisaation-seuranta/suositukset-organisaatioille-digitalisaation-hallintaan>

Tuominen, L. (2013). Standartoitujen arviointimittareiden käyttö skitsofreniaa sairastavan kohdalla. Käypä hoito -suosituksen näytönastekatsaus.

Haettu 20.4.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nak02892>

Uttula, A. (2006). *Psykoosipotilaan hoito avohoidossa tehostetun psykiatrisen kotisairaanhoidon hoitajien kuvaamana*. Pro gradu tutkielma. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Haettu 10.4.2020 osoitteesta:

<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-15386>

Vanhanen, M. (n.d.). Kvalitatiivinen tutkimusote laadullinen tutkimus, Moodle. Hämeen ammattikorkeakoulu. Haettu 2.3.2020 osoitteesta:

<https://moodle.hamk.fi/course/view.php?id=19709>

Haastattelukysymykset

HAASTATTELUKYSYMYKSET
-apukysymykset johdattelemaan haastattelua

Kerro oma tarinasi (diagnoosi, hoitohistoria)

Mikä hoidossa meni hyvin? Mikä olisi voinut mennä paremmin?

Mitä olisit toivonut hoidolta enemmän/vähemmän?

Oletko ollut osastohoidossa?

(Jos edelliseen kyllä) kuinka asiat sujuivat, kun kotiuduit osastolta? Koitko että jäit yksin?
Vastasivatko avopalvelut odotuksiasi?

Mitä itse odotit avopalveluilta?

Kuinka avopalveluja voisi mielestäsi kehittää? Mitä toivoisit avopalveluilta?

Ovatko avopalvelut mielestäsi helposti saatavilla/löydettävissä?

Koetko hyötynesi palveluista?

Haluaisitko vielä loppuun sanoa jotain?